

И.С.КРАЕВСКАЯ

РАК
яичников

МЕДГИЗ · 1960

И. С. КРАЕВСКАЯ

РАК ЯИЧНИКОВ



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДИЗ — 1960 — МОСКВА

КРАЕВСКАЯ ИРИНА СЕРГЕЕВНА

Рак яичников

Редактор *К. В. Парай-Кошиц* Техн. редактор *Н. И. Людковская*
Корректор *Л. С. Верецагина* Обложка художника *Б. Н. Гутентога*

Сдано в набор 22/II—1960 г. Подписано к печати 30/III - 1960 г.
Формат бумаги 84×108/₃₂ 4,13 печ. л. (условных 6,77 л.) 6,68 уч.-изд. л.
Тираж 15000 экз. Т-01062 МН-76.

Медгиз, Москва, Петровка, 12.
Смоленск, типография имени Смирнова.
Заказ № 6093.
Цена 3 р. 35 к.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Злокачественные опухоли яичников представляют собой одну из наиболее неясных и трудных областей клинической онкологии.

Литература, посвященная новообразованиям яичников, обширна. Однако в основном она состоит из журнальных статей и сведения, приводимые в них, часто представляются противоречивыми и не всегда убедительными. Клинических монографий о злокачественных опухолях яичников в отечественной литературе нет. В связи с этим практическому врачу бывает трудно разобраться во всех разрозненных литературных источниках и составить себе представление о современных взглядах на классификацию, гистогенез, диагностику и лечение при злокачественных новообразованиях яичников.

Ни в одном органе человека не наблюдается такого разнообразия опухолей, как в яичнике. Несмотря на это, единой общепризнанной классификации новообразований яичников нет. В имеющихся разнообразных классификациях много противоречий и недоговоренностей. Некоторые же классификации, принятые до настоящего времени [Пфанненштиль (Pfannenstiel), 1908], устарели и не могут удовлетворить современным требованиям. Другие же, более новые классификации, нередко противоречат друг другу и в силу своей сложности неприемлемы для практических целей.

В номенклатуре опухолей яичников также нет единообразия. Одна и та же опухоль иногда имеет несколько названий и в то же время под одним названием часто выступают совершенно различные опухоли.

Самой частой формой злокачественных новообразований яичников является рак. Однако понятие «рак яичников», так же как и другие названия опухолей этого органа, обычно является сборным и в это определение авторы часто вкладывают различное содержание

(В. П. Михайлов и др., 1949). Произвол в определении рака яичников, естественно, приводит к тому, что и клиническая характеристика этого заболевания остается недостаточно разработанной.

Приводимые в литературе клинические признаки рака яичников обычно характеризуют лишь запущенные формы болезни, в то время как отечественная онкология в первую очередь преследует цели раннего распознавания и лечения злокачественных опухолей. На современном уровне наших знаний по вопросам этиологии и патогенеза злокачественных опухолей проблема борьбы против рака состоит в основном из ранней диагностики и возможно более раннего и более радикального лечения.

Ошибки в установлении диагноза рака яичников встречаются часто и в большинстве случаев его устанавливают в поздних стадиях заболевания. Нередко даже при чревосечении рак яичников остается нераспознанным.

Поскольку рак яичников выявляют часто при обширном распространении процесса, постольку и результаты лечения заболевания не могут быть удовлетворительными. В качестве достижений приводятся данные о «продлении жизни», «облегчении страданий», что, конечно, имеет немаловажное, но отнюдь не решающее значение в борьбе против рака. Процент полного излечения от рака яичников очень небольшой и значительно ниже процента результатов лечения при многих других локализациях злокачественных опухолей. Такое положение является особенно нетерпимым, потому что в начальных стадиях заболевания при раке яичников можно провести радикальное лечение.

В настоящей работе мы ставим себе цель внести некоторую ясность в понятие «рак яичников», определив эту опухоль как нозологическую единицу. На основании литературных данных, а также и своего личного опыта мы пытаемся охарактеризовать течение данного заболевания, наметить пути к его возможно раннему распознаванию и изложить наиболее рациональные, принятые методы лечения рака яичников.

Необходимо отметить, что в данной монографии рассматривается вопрос лишь о раке яичников, а не о злокачественных новообразованиях этого органа вообще.

Мы употребляем термин «рак яичников» в смысле определенной злокачественной эпителиальной опухоли, имеющей довольно четкое клиническое течение.

Некоторые авторы (особенно французские) применяют термин «рак» в отношении многих злокачественных новообразований. При наличии же злокачественной опухоли явно эпителиального происхождения они говорят о «злокачественной эпителиоме». Если придерживаться этой точки зрения, то данная монография касается именно «злокачественной эпителиомы яичников».

Злокачественные опухоли яичников, называемые «очень своеобразными формами рака» (М. Ф. Глазунов, 1947) с несколько сомнительным эпителиальным происхождением и своеобразным клиническим течением (гранулезобластома, дисгерминома, хорионэпителиома и др.), в данной монографии не приводятся.

Последнее обстоятельство подчеркивается нами принципиально, так как мы полагаем, что изучение такой сложной области, как злокачественные опухоли яичников, на современном этапе наших знаний следует вести отдельно по нозологическим формам, без объединения этих опухолей в одну группу. Рак яичников, как мы понимаем, характеризуется достаточно специфическими свойствами, чтобы выделить его в самостоятельную нозологическую единицу.

В основу работы положены данные двенадцатилетнего наблюдения за больными, страдавшими злокачественными новообразованиями яичников. Количественно наш материал невелик. Мы рассматриваем лишь 198 больных, страдавших раком яичников (109 больных, по данным Института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения РСФСР, и 89 больных — по данным Государственного Института онкологии имени П. А. Герцена). Нами прослежены и отдаленные результаты лечения.

Более подробно материал изучен и разработан по Институту акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения РСФСР.

Некоторые положения, изложенные в настоящей книге, не полностью совпадают с имеющимися литературными данными. Однако эти положения подтверждены фактическим материалом, с нашей точки зрения, достаточно достоверным.

Мы надеемся, что данная книга поможет врачу-клиницисту в его повседневной работе. С этой целью мы старались подчеркнуть важные в практическом отношении стороны заболевания и несколько сократить обсуждение теоретических вопросов (генез рака яичников и пр.).

Прежде чем приступить к изложению материалов о раке яичника, мы считаем необходимым кратко напомнить читателю некоторые данные о строении яичника. Кроме того, нам казалось целесообразным предпослать основным главам о раке яичников небольшой раздел об опухолях яичников вообще. Весь раздел о новообразованиях яичников до сих пор остается малоработанным и содержит путаные, противоречивые представления. Именно поэтому мы и позволили себе начать с небольшого раздела, касающегося опухолей яичников вообще, с надеждой, что именно он позволит читателю яснее представить себе место рака яичников среди всех новообразований этого органа и облегчит понимание ряда вопросов, касающихся данного заболевания.

Глава I

НЕКОТОРЫЕ СВЕДЕНИЯ ПО АНАТОМИИ ЯИЧНИКА

Яичники у взрослой женщины расположены на заднем листке широких связок матки таким образом, что бо́льшая их часть, лишенная перитонеального покрова, выступает свободно в брюшную полость. Меньшая же часть яичника располагается подбрюшинно (межсвязочно), будучи как бы погружена между листками широкой связки, складка которой в этой области носит название брыжейки яичника (*mesovarium*).

От яичника, в области его брыжейки, отходят две основные связки. Одна из них, называемая собственной связкой яичника, идет к ребру матки и представляет собой дубликатуру заднего листка брюшины широких связок. В состав этой связки нередко входят мышечные волокна от маточной мышцы. Другая связка, называемая воронкотазовой, тянется от яичника к стенке таза и нередко слева частично к брыжейке сигмовидной кишки, являясь продолжением париетальной и частично висцеральной брюшины. Именно в месте прикрепления воронкотазовой связки в яичник входят основные стволы питающих сосудов и нервов, а также отходят основные венозные и лимфатические пути. Эта часть яичника носит название ворот яичника.

Если опухоль яичника располагается межсвязочно и при своем росте распространяется подбрюшинно (иногда даже расслаивая брыжейку сигмовидной кишки), возникает мысль, что подобная опухоль исходит из элементов, залегающих в воротах яичника. Если же опухоль яичников имеет ножку из связок яичника и при своем росте выходит в брюшную полость, вытягивая ножку, возникает предположение, что исходный зачаток такой опухоли залегает в корковом слое. Анализ топографии

опухоли может иногда дать основание и к суждению о ее гистогенезе.

Большое практическое значение имеет точность представлений о взаимоотношениях яичника с соседними тканями и органами. В первую очередь в непосредственной близости к яичнику лежит маточная труба, причем не только в зрелом, но и в эмбриональном периоде. Маточная труба и яичник имеют в значительной степени общее питание и лимфатическую систему. Естественно, что при распространении злокачественной опухоли яичника раньше других органов поражается маточная труба и, наоборот, при раке трубы возможно быстрое распространение его на яичник.

Яичник в своей топографии имеет довольно интимное отношение и к толстому кишечнику. Еще 100 лет назад Ф. А. Кивиш (1857) отмечал, что «левый яичник находится обыкновенно близко от прямой кишки, а правый лежит несколько далее от нее. Прямая кишка во всех случаях увеличения яичника в объеме приходит в непосредственное соприкосновение с последним. Больной яичник часто смещается в дугласову складку, занимая среднюю линию таза». Это замечание не потеряло своей ценности и в настоящее время. Если учесть описанные топографические особенности яичников, становится ясным, что яичники хорошо доступны для пальпации со стороны прямой кишки. К сожалению, врачи-гинекологи нередко забывают об этом и не производят ректального исследования при гинекологическом обследовании.

Следует отметить, что яичники довольно близко расположены не только к прямой кишке, но и к другим отрезкам толстого кишечника, а именно левый яичник нередко прилежит к сигмовидной кишке, а правый — к слепой кишке.

Такое топографическое отношение проявляется достаточно резко при новообразованиях яичника, которые нередко бывают интимно спаяны с толстым кишечником. Исходя из этого, следует помнить о необходимости рентгенографического исследования нижнего отрезка кишечника при опухолях яичников или при подозрении на таковые.

В норме яичник обычно не имеет тесной связи с органами и тканями, располагающимися ретроперитонеально. Однако при межсвязочном расположении опухо-

левидных образований яичника к ним нередко тесно прилежат ретроперитонеально расположенные образования, как-то: мочеточник, большие сосуды таза и даже сосуды брыжейки сигмовидной кишки.

Размеры яичника взрослой женщины даже при нормальном его состоянии значительно колеблются. В среднем длина яичника равна 5—6 см, ширина 2—3 см и толщина 1,5—2 см.

Несмотря на значительное количество исследований, посвященных микроскопическому строению яичника, оно до сих пор не может считаться окончательно изученным.

Поверхность яичника покрыта низким кубическим эпителием. Данный эпителий, по разным авторам, носит различные названия, как-то: яичниковый эпителий, покровный эпителий, зачатковый эпителий и зародышевый эпителий.

Этот клеточный покров, по-видимому, по своему эмбриогенезу имеет близкое отношение к брюшинному эндотелию. По характеру клеточных элементов покровный эпителий яичника несколько отличается от мезотелия брюшины, однако некоторые авторы называют его перитонеальным. У взрослой женщины, когда поверхность яичника в результате разрывов фолликулов становится рубцовой с отдельными вытяжениями, покровный эпителий углубляется и образует как бы щели на поверхности яичника. При грубой обработке срезов яичниковый покровный эпителий сдувается и бывает заметен лишь в местах рубцовых втяжений.

Под эпителиальным покровом яичник имеет очень плотную белочную оболочку, состоящую из бедной клеточными элементами волокнистой соединительной ткани. Под белочной оболочкой располагается масса яичника, разделяющаяся на корковый и мозговой слои. Корковый слой компактный, состоит в основном из стромы и заложенных в ней фолликулов. Последние являются главной функционирующей тканью яичника, обеспечивающей его генеративную эндокринную деятельность, и по существу характеризуют яичник как женскую половую железу.

В яичнике взрослой женщины фолликулы находятся в различных стадиях своего созревания: начиная от примордиальных и зреющих фолликулов и кончая граафовыми пузырьками. Наряду с этим в корковом слое

имеется большое количество атретических запустевающих фолликулов, причем атрезии фолликулы подвергаются на самых различных стадиях развития.

В гранулезном эпителии созревающего и зрелого фолликула некоторыми авторами отмечено наличие небольших просветов, называемых по имени авторов, описавших их, «каль-экснеровскими тельцами» (1880). Эти образования были детально изучены И. О. Михаловским (1913) на кроликах. Он отметил, что каль-экснеровские тельца «представляются образованиями, имеющими у взрослого животного циклический характер развития, максимум которого часто совпадает с периодом течки». По И. О. Михаловскому, сильное развитие каль-экснеровских телец обычно сопровождается значительной гиперемией тазовых органов. Таким образом, в нашем современном понимании И. О. Михаловский связывал образование каль-экснеровских телец с наличием большого количества эстрогенов в организме животного.

В яичнике взрослой женщины такие образования изучены еще недостаточно и существование их не вполне достоверно. Однако при некоторых опухолях яичников наличие просветов между опухолевыми клетками обозначается как каль-экснеровские тельца и ставится в связь с гормональной активностью опухоли (М. Г. Кушнир и др.).

После разрыва фолликула (овуляции) и выхода яйцеклетки за пределы яичника клетки гранулезы, претерпевая ряд изменений, превращаются в клетки желтого тела. Таким образом, в корковом слое яичника, кроме фолликулов, содержатся и желтые тела в различных фазах своего развития — от цветущих желтых тел до белесоватых рубчиков (белые тела).

Строма в корковом слое яичника, располагаясь в виде грубоволокнистой ткани между различными элементами фолликулярного аппарата, обычно бывает развита хорошо. Вокруг фолликулов, особенно при их созревании, клетки стромы, претерпевая некоторые изменения, образуют как бы капсулу вокруг созревающего фолликула. Капсула состоит из двух слоев и носит название внутренней и наружной тека-ткани. Клетки стромы при переходе их в тека-ткань становятся богатыми крупными ядрами и приобретают эпителиоподобный вид.

Кроме описанных основных составных частей коркового слоя яичника, в нем имеются разнообразные эпителиальные включения, не имеющие непосредственного отношения к функции яичника и, по-видимому, являющиеся дистопиями как эмбрионального, так и зрелого периода. Эти образования были описаны Вальтхардом (Walthard, 1903), а затем Акаги (Akagi, 1928) и встречаются, по данным этих авторов, в виде эпителиальных гнезд, шаров, тяжей или железистоподобных структур. Эпителий, составляющий такие образования, может быть самый разнообразный: реснитчатый и бокаловидный (напоминающий эпителий маточных труб и шейки матки), мостовидный (плоскоклеточный), а также фолликулярного типа.

В настоящее время ряд авторов (М. Ф. Глазунов, 1954; В. П. Михайлов, 1949, и др.) считает, что именно эти включения в ткань яичника и служат источником возникновения большинства эпителиальных (в том числе и рака) опухолей этого органа.

В монографии М. Ф. Глазунов (1954) уделяет много внимания эмбриональным и постнатальным гетеротопиям в яичнике в аспекте возникновения из них эпителиальных новообразований яичника. Однако в учебниках и руководствах, при описании микроскопического строения яичников, эмбриональные и постнатальные гетеротопии и другие эпителиальные включения (чуждые ткани яичника) почти никогда не отмечаются. Трудно сказать, почему это происходит — то ли потому, что описанные выше эпителиальные включения не доказаны абсолютно точно и не всеми признаются, или же потому, что описание микроскопического строения яичника большей частью механически переписывается с одного руководства в другое без учета современных взглядов на этот вопрос.

Регионарные лимфатические узлы яичника располагаются по передней поверхности аорты, нижней полой вены и в околопочечной области. По данным Б. В. Огнева (1936, 1953), в подавляющем большинстве случаев основные регионарные лимфатические узлы яичников располагаются в пределах второго-третьего фрагмента брюшной полости. По данным А. П. Цветковой (1951, 1955), обычно регионарные лимфатические узлы яичника занимают несколько фрагментов брюшной полости, чаще всего третий, четвертый и пятый.

Кроме основных лимфатических стволов, яичники имеют обширную сеть контактных лимфатических сосудов, связывающих их с другими тазовыми органами и лимфатическими узлами. В первую очередь лимфатические пути яичников анастомозируют с лимфатическим бассейном дна матки и маточных труб. По этому лимфатическому каналу и в дальнейшем по ходу круглых маточных связок возможно метастазирование рака яичника в паховые лимфатические узлы. При этом раковые элементы транспортируются к трубному углу матки, а отсюда параллельно ходу круглой связки — к паховым областям.

Б. В. Огневым отмечено наличие регионарных лимфатических узлов от левого яичника в брыжейке сигмовидной кишки, что имеет большое значение с точки зрения распространения метастазов. Описаны случаи анастомозов между лимфатическими сосудами яичников обеих сторон и наличием общих для них лимфатических узлов, располагающихся кпереди от аорты.

Кроме того, известно, что регионарные лимфатические узлы яичников могут принимать лимфу и от других органов, в первую очередь от желудка и других отделов кишечника.

Б. В. Огневым выявлено, что в случаях недостаточности клапанного аппарата лимфатических сосудов (что бывает при резком их расширении) краска, введенная в лимфатические сосуды далеко от яичника, ретроградно проникает довольно низко и достигает яичника. У рожавших женщин лимфатические сосуды половых органов часто бывают расширенными, и таким образом, ретроградное движение лимфы в них вполне возможно.

Ф. И. Пожариский еще в 1931 г. показал, что метастазирование рака желудка в яичник происходит именно ретроградным путем.

Глава II

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОПУХОЛЯХ ЯИЧНИКОВ

Широкое научное изучение опухолей яичников получило развитие со второй половины XIX века, когда овариотомия стала частой и общепринятой операцией.

С самого начала изучения новообразований яичников оказалось, что ни в одном органе человеческого тела не встречается такого разнообразия совершенно различных друг от друга опухолей, как в яичнике. Большой разнородный материал, получаемый при овариотомиях, послужил источником для большого количества работ, описывающих отдельные случаи опухолей яичников. Обычно в этих работах авторы пользовались собственной терминологией и исходили из собственных данных в определении той или иной опухоли. В результате появилось большое количество неясных терминов и возникла путаница представлений о природе новообразований яичников.

Особенно трудным в изучении опухолей яичников является их гистогенез. Обсуждение этого вопроса началось с 1870 г., когда Вальдейер (Waldeyer, 1870) впервые попытался разделить опухоли яичников по их гистогенезу на десмоидные и эпителиальные.

В последующем гистогенез опухолей яичников не раз служил темой для научных дискуссий и споров. Однако до сих пор этот вопрос является нерешенным и нет почти ни одной опухоли яичников, гистогенез которой можно было бы считать установленным.

Следует отметить, что особенно много гистогенезом опухолей яичников занимались в конце прошлого и в начале настоящего века. За последнее же время научных работ на эту тему выходит очень мало. В отечественной литературе гистогенезу посвящены работы М. Ф. Гла-

зунова и В. П. Михайлова, которые вносят некоторую ясность в эту область.

Наибольшее внимание уделяют обычно гистогенезу эпителиальных опухолей яичников, а именно железистым и цилиарным кистомам (по нашей терминологии, кистэпителиомам). Это и понятно, так как кистэпителиомы встречаются в практике значительно чаще других опухолей яичников.

Еще в 1870 г. Вальдейер, изучая строение кистэпителиом яичников, выделил два основных их вида: 1) кистомы с мерцательным цилиндрическим (цилиарным) эпителием, склонные к сосочковому росту, и 2) кистомы с высоким цилиндрическим эпителием, растущие большей частью в виде железистых полостей. В дальнейшем Пфанненштиль (1891, 1895) и ряд других авторов подчеркнули сходство цилиарного эпителия кистом с трубно-маточным, а железистого эпителия — с шеечным.

Такое деление кистэпителиом на две большие группы существует до сих пор и излагается во всех учебниках, руководствах и монографиях.

Из каких же тканей возникают эти два основных вида эпителиальных новообразований яичника?

Издавна существовало и существует до сих пор два основных взгляда на генез кистэпителиом яичника. Первый из них заключается в том, что кистэпителиомы возникают из покровного яичникового эпителия, который, погружаясь в подлежащую ткань, претерпевает изменения в сторону образования железистых и сосочковых структур. Этого взгляда придерживаются некоторые иностранные авторы [Вуудруф и др. (Woodruff), 1954), Новак (Novak, 1947)]. Новак отмечает, что не может быть никакого сомнения, что серозная цистаденома яичников происходит из покровного эпителия яичников. Эту точку зрения отстаивал в 1926 г. отечественный исследователь Г. Э. Корицкий, явившийся родоначальником школы трансформационной патологии. Г. Э. Корицкий предположил, что цилиарные сосочковые кистомы яичника возникают из покровного эпителия яичника с последующим вовлечением в опухолевый процесс и мезотелия брюшины.

Другой взгляд на гистогенез кистэпителиом яичника заключается в признании участков эмбриональных

дистопий исходным тканевым зачатком для кистэпителиом. Предположение, что железистые и сосочковые кистэпителиомы возникают из участков эмбриональных дистопий, поддерживается в настоящее время отечественными авторами М. Ф. Глазуновым, В. П. Михайловым и многими другими, которые полагают, что эмбриональные дистопии, служащие тканевым зачатком для кистэпителиом, относятся к меллерову эпителию, т. е. по существу к эпителию маточных труб эндометрия и шеечного канала. Одним из доказательств этого положения является, по М. Ф. Глазунову, большое морфологическое сходство эпителиальной выстилки кистом с трубным и шеечным эпителием.

Все, что касается гистогенеза кистэпителиом яичников, имеет непосредственное отношение и к генезу рака яичников. Обычный железисто-папиллярный рак яичников возникает из тех же клеточных элементов, что и кистэпителиомы. Последние являются лишь зрелой дифференцированной опухолью, рак же яичников характеризуется всеми признаками злокачественного, незрелого опухолевого роста.

Единой общепринятой классификации новообразований яичников не существует. Отсутствие такой классификации отрицательно сказывается в деле изучения опухолей яичников. Нередко спорные вопросы в отношении гистогенеза, морфологического строения, клинического течения и лечения опухолей яичников не могут найти своего разрешения вследствие разнородной терминологии и смешения различных новообразований.

Спорным является вопрос, на каком принципе должна строиться классификация новообразований яичников: на гистогенетическом или гистологическом, т. е. что должно быть определяющим для каждой опухоли — ее гистогенез (происхождение) или ее микроскопическое строение.

А. Н. Лебедева (1948), приводя свои данные относительно классификации новообразований яичников, полагает, что гистогенетическая классификация в настоящее время более удобна, чем гистологическая. В своей работе она приводит 23 классификации опухолей яичников, причем лишь три из них принадлежат отечественным авторам (М. В. Елкин, К. К. Скробанский, Л. М. Шабад).

А. Н. Лебедева предлагает отказаться от деления опухолей яичников на доброкачественные и злокачественные, так как первые переходят во вторые и разграничить их иногда бывает трудно. Мы полагаем, что это положение неприемлемо для клинициста. Хотя представление о том, что между доброкачественными и злокачественными опухолями нет четких границ, считается установленным, что все же для клинической практики условно такое деление должно существовать.

Всякая классификация, игнорирующая это положение, нежизненна и нельзя рассчитывать на ее признание и распространение.

Н. Н. Петров (1947) подчеркивает, что в природе вообще не наблюдается четких границ внутри явлений и что для изучения этих явлений мы сами вносим в них условные границы, которыми пользуемся в тех пределах, в каких они помогают этому изучению. Именно подобные условные границы и должны быть, по нашему мнению, внесены в деление опухолей яичников на доброкачественные и злокачественные.

Признавая, что резко пролиферирующие кистомы яичников переходят в рак и нередко четкое разграничение в этом отношении трудно, а также считая, что вообще многие доброкачественные опухоли яичников переходят в злокачественные, мы, однако, полагаем, что разделение опухолей яичников на доброкачественные и злокачественные совершенно необходимо в повседневной клинической практике и должно быть отражено в единой классификации новообразований яичников.

Надо думать, что в ближайшем будущем создать совершенную классификацию новообразований яичников при наличии многих запутанных вопросов в этой области не представляется возможным. Однако для успешной работы над созданием классификации необходима соответствующая дискуссия и обмен мнениями, а также общий язык в определении той или иной опухоли яичников для сопоставления данных исследований различных авторов.

Из предлагаемых в настоящее время отечественных классификаций новообразований яичников нельзя не отметить классификацию эпителиальных опухолей яичника В. П. Михайлова (1949), составленную по гистогенетическому принципу.

Классификация эпителиальных опухолей яичника по гистогенетическому принципу

Исходный тканевый зачаток			Доброкачественная опухоль	Злокачественная опухоль
Эпидермальный			Опухоль Брен- нера	—
Энтеродермальный			—	—
Целонефродермальный	целодермальный	Целомический эпителий индиф- ферентной гона- ды	—	Семинома
		Клетки грану- лезы	Гранулезоэпите- лиома	Малигнизированная гранулезоклеточная опухоль
		Интерреналь- ная ткань	—	Гипернефроидная опухоль
			Тубулярная аде- нома	Арренобластома
	нефродермальный	Почечный эпи- телий	—	—
		Мюллеровский эпителий эмб- рионального характера	Псевдомуциноз- ная кистама	Малигнизированная псевдомуцинозная кистома
		Цервикальный эпителий	Псевдомуциноз- ная кистама	Малигнизированная псевдомуцинозная кистома
		Маточный эпителий	Эндометриозы. Эндометриоидная аденома	—
		Трубный эпителий	Простая серозная киста, цилиоэпи- телиальная кисто- ма	Малигнизированная папиллярная кистама. Вторичносолидная па- пиллярная опухоль. Папиллярный рак.

Эта классификация составлена логично, но представляется довольно сложной для врача, специально не занимающегося вопросами гистогенеза тканей. Кроме того, при таком узком гистогенетическом подходе к созданию классификации опухолей яичников возникают некоторые неправильные в клиническом отношении разделения. Так, например, гранулезоклеточные опухоли, являясь, по мнению автора, эпителиальными, находят свое место в классификации. В то же время текабластомы, которые по своей клинической картине тождественны гранулезобластомам, полностью отделены от них в данной классификации на основании того, что они являются строматогенными, а не эпителиальными. М. Ф. Глазунов (1954) справедливо замечает в отношении этих двух видов опухолей яичников, что их объединяет не единый тканевый источник происхождения, а единая функция, и он рассматривает эти два вида опухолей совместно.

М. Ф. Глазунов намеренно уходит от обсуждения и тем более от решения вопроса о классификации новообразований яичников. Он считает, что строить схему деления опухолей яичников, основываясь на каком-либо одном признаке, было бы неверно, и поэтому ограничивается тем, что распределяет материал в монографии по онкогистологическому принципу.

Многочисленные классификации иностранных авторов, начиная с Вальдейера (1870), разделившего яичниковые опухоли на соединительнотканые, эпителиальные и тератоидные, и, включая современные классификации, в большинстве случаев непригодны в клинической практике, так как очень сложны и большей частью основаны на каком-либо одном узкоморфологическом или гистогенетическом принципе. Кроме того, эти классификации часто противоречат друг другу, так как гистогенез многих опухолей яичников устанавливается каждым автором по-своему и нередко прямо противоположно другим.

Из классификаций иностранных авторов до настоящего времени наиболее популярной остается классификация опухолей яичников, предложенная Пфанненштилем (1908), согласно которой новообразования яичников делятся на четыре группы. Две из них, наиболее обширные, включают: 1) новообразования, происходя-

щие из паренхимы (все эпителиальные и овулогенные опухоли) и 2) новообразования, происходящие из стромы яичника (все соединительнотканые опухоли). В настоящее время такая классификация не дает представления о существующих видах опухолей яичников. В ней не выделены так называемые особые формы опухолей яичников, обладающие рядом специфических гормонально активных свойств (гранулезобластомы и др.).

Докерти (Dockerty, 1945), приводя обзор литературы по неоплазмам яичников, отмечает, что классификация новообразований яичников должна исходить из различия нормальных тканей и клеток яичника, дающих патологический рост. Однако, по Докерти, это очень трудно, так как новообразований в яичнике встречается гораздо больше, чем нормальных тканей.

Шиллер (Schiller, 1940) в своей классификации делит опухоли яичников на две группы: 1) овариогенетические (развивающиеся из ткани яичника) и 2) гетеротопические (развивающиеся из тканей, не имеющих в нормальном яичнике). Вторая группа делится на две подгруппы: 1) опухоли, возникающие при патологической дифференцировке тканей самого яичника, и 2) опухоли, возникающие из тканей, являющихся совершенно чуждыми яичнику. В первую подгруппу опухолей автор относит цилиоэпителиальные и железистые кистомы, считая, что они происходят из патологически дифференцированного покровного эпителия яичников. Классификация Шиллера сложна, к тому же возникновение кистэпителиом из покровного эпителия не считается установленным и, как это отмечалось выше, большинством отечественных авторов отрицается.

Тейлор (Taylor, 1940) предложил классификацию опухолей яичников, в которой, оставив деление опухолей яичников по Вальдейеру на эпителиальные, соединительнотканые и тератоидные, добавил еще две группы: 1) опухоли из зачатковых элементов (гранулезобластомы, арренобластомы и дисгерминомы) и 2) опухоли неясного происхождения (эндотелиомы, гипернефромы, мезонефромы). Мы полагаем, что объединение в данной классификации гранулезобластом и дисгермином в одну группу неправильно как с гистогенетических, так и с клинических позиций. Кроме того, у Тейлора совсем не упомянуты текабластомы.

Можно было бы привести еще много классификаций опухолей яичников, предлагаемых различными авторами, однако они малоприемлемы для практического врача, некоторые из них похожи друг на друга, другие противоречивы.

Пользуясь литературными источниками и собственными наблюдениями, мы составили следующую схему деления наиболее часто встречающихся новообразований яичников, пригодную, по нашему мнению, в практической деятельности.

В эту схему в общих чертах включены все практически важные группы опухолей яичников. Само собой разумеется, что каждый раздел схемы должен быть в свою очередь детализирован. Кроме того, отдельные виды опухолей яичников нельзя рассматривать как строго изолированные друг от друга новообразования.

В некоторых случаях возможен переход из одной опухоли в другую и сосуществование разных неоплазм в одном образовании.

Следует подчеркнуть, что в схеме приводятся лишь новообразования в настоящем смысле слова. Ретенционные же образования, как-то: фолликулярные кисты, лютеиновые кисты, или так называемые *tumor tubovaginalis*, не включены в эту классификацию. На основании анализа 1200 операций по поводу опухолей придатков матки (Институт акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения РСФСР) нам удалось установить, что среди всех опухолевидных образований, относящихся к придаткам матки, на долю истинных новообразований приходится 70%, остальные 30% составляют разнообразные ретенционные мешотчатые образования.

Интересно, что среди оперированных в клиниках и институтах больных, страдающих истинными новообразованиями яичников, несколько больше, чем среди оперированных в обычной больнице. В последнем случае среди опухолевидных образований придатков матки преобладают ретенционные мешотчатые опухоли.

По нашим данным, среди всех первичных новообразований яичников (исключая метастатические) доброкачественные встречаются в 80%, а злокачественные в 20% случаев. По некоторым авторам, это соотношение выглядит несколько иначе. Так, например, М. С. Мали-

новский отмечает, что злокачественные опухоли составляют 10—25% всех опухолей яичников. По материалам М. В. Елкина, злокачественные новообразования яичников составляют 8,6% от всех новообразований.

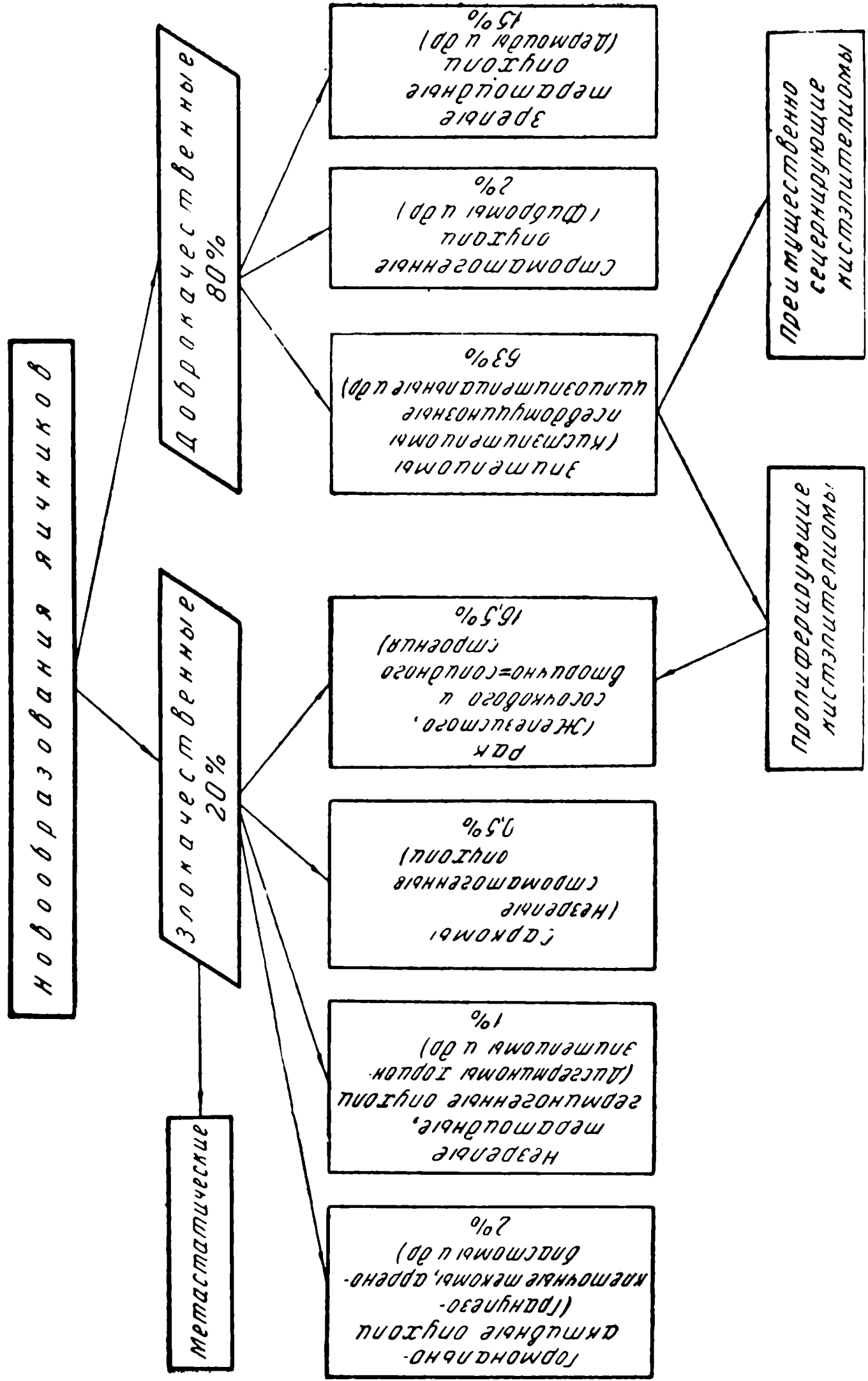
Группа доброкачественных опухолей яичников разделена нами на три обычно принятых гистогенетических вида опухолей. Сюда относятся зрелые тератомы с наиболее часто встречающимися их представителями — дерматомными кистами. Они, по нашим данным, составляют 15% от всех новообразований яичников. Гистогенетически данную группу одни авторы относят к эмбриональным порокам развития, другие — к овулогенному происхождению и третьи, в частности М. Ф. Глазунов — к герминогенным новообразованиям в состоянии законченной дифференцировки.

Вторая группа доброкачественных опухолей яичников объединена нами по признаку их происхождения из строматогенных элементов. В данную группу в первую очередь входят фибромы и другие, более редко встречающиеся строматогенные опухоли, обычно протекающие без выраженной гормональной активности. По нашим данным, среди всех новообразований яичников эта группа наблюдается примерно в 2% случаев.

Особенно обширной и наиболее важной в группе доброкачественных опухолей яичников является подгруппа кистэпителиом. Сюда мы отнесли различные кистомы (цилиарные и псевдомуцинозные), папилломы, аденофибромы и другие эпителиальные опухоли, имеющие многочисленные названия. Среди всех новообразований яичников эта группа встречается в 63% и практически является наиболее важной. Мы подчеркиваем целесообразность деления этой группы опухолей на две подгруппы: 1) сецернирующие кистэпителиомы и 2) пролиферирующие кистэпителиомы. Этому же придерживается и М. Ф. Глазунов. Такое деление на подгруппы имеет большое практическое значение, так как сецернирующие кистэпителиомы не переходят в злокачественные новообразования; пролиферирующие же кистэпителиомы, как это видно из приведенной нами схемы, часто, иногда быстро, иногда же через длительное время переходят в рак.

К злокачественным опухолям яичников нами отнесены так называемые особые формы. Эта группа объеди-

Подразделение основных опухолей яичников



нене в основном по признаку гормональной активности новообразования. Гистогенетически состав этой группы неравноценный — сюда отнесены и гранулезобластомы, имеющие фолликулярное происхождение, и текабластомы, возникающие из стромы, и арренобластомы, происходящие из эмбриональных остатков зачатков мужской половой железы. Однако в клиническом отношении вся эта группа однородна — опухоли обладают в той или иной степени выраженной гормональной активностью, сравнительно медленным ростом и относительно малой злокачественностью. Следует отметить, что далеко не все авторы согласны с тем, чтобы отнести особые формы опухоли яичников к злокачественным опухолям. Многие полагают, что такие опухоли следует считать доброкачественными или по крайней мере выделить злокачественные и доброкачественные их разновидности. По нашим данным, среди всех новообразований яичников особые формы составляют около 2% всех опухолей яичников.

К злокачественным опухолям яичников нами отнесены также незрелые формы тератоидных опухолей. Такие опухоли М. Ф. Глазунов трактует как герминогенные. Данная группа опухолей однородна не только по своему генезу, но и по своим клиническим свойствам, а именно тератоидные опухоли чаще возникают у очень молодых женщин, вследствие эмбрионального характера клеток чрезвычайно чувствительны к лучистой энергии и в то же время чрезвычайно злокачественны, быстро дают метастазы и в отдаленные области. Эта разновидность опухолей яичников встречается сравнительно редко, но, учитывая их своеобразные клинические свойства, они должны быть известны практическим врачам.

Следующей группой злокачественных опухолей яичников являются саркомы. В настоящее время установлено, что незрелые строматогенные опухоли встречаются редко, не более 0,5—1% среди всех новообразований яичников. 50—60 лет назад полагали, что саркомы яичников — заболевание довольно частое. Так, В. С. Груздев (1894) приводит большой материал по саркомам яичников.

Однако в настоящее время ясно, что многие новообразования, описанные В. С. Груздевым под названием сарком, относились к другому виду опухолей, тогда еще

не известных — текомы, крукенберговские опухоли яичников, дисгерминомы и др. В настоящее время эта группа опухолей имеет малое практическое значение и встречается редко.

Последней группой злокачественных опухолей яичников, указанной в нашей классификации, является рак яичников, который составляет около 80% всех злокачественных опухолей яичников и около 16,5% всех новообразований яичников. Рак яичников встречается очень часто, но, как правило, поздно диагностируется, вследствие чего лечение оказывается малоэффективным.

Среди многообразных опухолей яичников рак яичников отмечали уже давно. В конце XIX и начале XX века отечественными авторами было опубликовано значительное количество работ, содержащих описания отдельных случаев рака яичников (А. А. Высотский, 1893; М. А. Штраух, 1895; В. Л. Якобсон, 1899; Т. В. Заленский, 1903; А. Н. Столыпинский, 1903; Т. А. Бурдзинский, 1904; Н. И. Горизонтов, 1906; Н. Ю. Якуб, 1909; И. Я. Прейсман, 1911, и др.). Однако в этих работах не совсем четко были определены опухоли яичников, называемые раковыми. Складывалось впечатление, что в ряде случаев речь шла о разнообразных злокачественных новообразованиях яичников, а не о собственно раке.

Неопределенность понятия «рак яичников» и тенденция обозначения всех злокачественных новообразований яичников этим термином наблюдаются и до настоящего времени, причем некоторые авторы делают это совершенно сознательно, считая, что всякая злокачественная опухоль называется раковой. Примером этому может служить доклад И. Ф. Жорданиа, сделанный им на X отчетной научной конференции Института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР.

Назвав этот доклад «Рак яичников», И. Ф. Жорданиа представил в нем по существу все злокачественные опухоли этого органа.

В настоящее время нечетким представляется не только определение самого термина «рак яичников», но и название «первичный» и «вторичный» рак этого органа.

По определению ряда авторов рак яичников может быть:

1) первичным, когда возникает непосредственно в яичнике; 2) вторичным, когда возникает в кистоме яич-

ника, т. е. является раковым перерождением кистомы; 3) метастатическим, когда он переносится по лимфатическим путям из какого-либо другого органа.

Однако деление рака яичников на первичный и вторичный не является общепризнанным.

В руководствах по патологической анатомии обычно под термином «вторичный рак» (какого бы то ни было органа) подразумевается метастатический рак, т. е. перенесенный из другого органа. Если рак возникает из какого-либо патологического процесса (предраковое состояние), например рак молочной железы из внутрипротоковой папилломы, или рак желудка из полипа желудка, то такой рак никогда не носит названия вторичного. Следовательно, определение рака яичников, возникшего в кистоме, как вторичного, не соответствует представлениям о вторичном раке, принятым в общей патологии.

Мы так же, как и ряд других авторов, полагаем, что наиболее правильно делить рак яичников на первичный и метастатический; последний можно называть также и вторичным раком. Название же рака яичников, возникшего в кистэпителиоме, вторичным неправильно.

Переходя к описанию клинической части, мы еще раз напоминаем, что рак яичников, описываемый в данной монографии, является злокачественной эпителиальной опухолью яичника, относящейся к цилиндроклеточной эпителиоме и имеющей большей частью железистое или папиллярное строение. Никакие другие злокачественные опухоли, хотя бы внешне и имеющие сходство с эпителиальными, в данной монографии не затрагиваются. Это положение является чрезвычайно важным для понимания данных, приводимых в настоящей монографии. Вопросы клиники, диагностики, результатов лечения и выбора наиболее рациональных методов лечения, приводимые ниже, возможно не будут соответствовать некоторым, имеющимся в литературных источниках. Возможно, основная причина разногласий будет заключаться в том, что наш материал является строго отобранным и относится действительно к собственно раку яичников. Мы полагаем, что подобная постановка вопроса, т. е. строгое деление опухолей яичников на нозологические формы, внесет больше ясности в понимание данного раздела клинической онкологии.

Глава III

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ РАКА ЯИЧНИКОВ

За последние годы разработано и описано немало концепций о причинах опухолевого роста. Наиболее распространенными являются: химическая теория, содержащая учение о канцерогенных веществах, гормональная теория, отстаивающая значение нарушений гормонального обмена в опухолевом росте, и вирусная теория. Наряду с этим имеется полиэтиологическая теория возникновения злокачественного опухолевого роста, имеющая наибольшее количество сторонников, и, по-видимому, являющаяся наиболее жизненной.

Действительно надо полагать, что единой специфической причины опухолевого роста, действующей во всех случаях при возникновении тех или иных злокачественных новообразований, не существует. В каждом отдельном случае могут иметь место несколько причин, при известных условиях ведущих к возникновению рака. Эти причины, действуя в совокупности и при известных благоприятных для начала опухолевого роста условиях, приводят к опухолевому росту. Лишь в немногих случаях можно предположить, что причина возникновения злокачественной опухоли одна, достаточно четко определяемая (как, например, рак в результате действия ионизирующего излучения). В большинстве же случаев надо говорить о совокупности экзогенных и эндогенных факторов и условий, ведущих к началу опухолевого роста.

Важным фактором, по данным многих исследователей-онкологов, является то обстоятельство, что совокупность условий, повлекших к возникновению опухолевого роста, перестает иметь значение с момента возникнове-

ния опухоли как таковой, и даже может исчезать. Способность развития опухоли, ее безудержный рост в таких случаях заключается уже вне этих обстоятельств, а в самой опухоли.

Следует помнить, что опухоли, как и другие патологические состояния, являются не только местным нарушением, но и общим страданием. В процессе возникновения опухоли, ее роста и развития страдают различные органы и системы. В первую очередь это относится к центральной нервной системе.

Условия, при которых развивается рак яичников, еще недостаточно изучены. В этом отношении рак яичников стоит на одном из последних мест среди рака женских половых органов других локализаций. Так, например, условия возникновения рака шейки матки и значение гиперпластических процессов, хронического воспаления и заживающих эрозий в развитии рака изучены довольно подробно. То же можно сказать и в отношении рака вульвы или рака тела матки.

Следует отметить, что раком яичников чаще всего заболевают женщины пожилого возраста. Рак яичников среди молодого, а тем более детского возраста, встречается относительно редко. Если у молодых женщин и возникает злокачественная опухоль яичников, то скорее следует думать о дисгерминоме, незрелой тератоме или гранулезобластоме, чем о раке яичников.

Внешний вид больной, страдающей раком, часто даже в запущенных стадиях заболевания не представляет собой никаких особенностей. Хорошо упитанные, худощавые и женщины нормального телосложения одинаково часто заболевают раком яичников. По-видимому, телосложение в возникновении рака яичников не имеет значения.

Что касается половой жизни, то из 198 больных, страдавших раком яичников, к моменту заболевания 65% женщин жили регулярной половой жизнью, 31% женщин половой жизнью не жили и 4% были *virgo intacto*. Следовательно, эти цифры свидетельствуют о том, что среди женщин рак яичников встречается примерно в обычной пропорции и у живущих регулярной половой жизнью, и у не живущих половой жизнью и даже у *virgo intacto*. Надо думать, что этот фактор не играет роли в возникновении рака яичников.

Отклонение в детородной функции иногда служит фоном, на котором развиваются определенные гинекологические заболевания.

Известно, что рак шейки матки чаще возникает у многорожавших женщин (вследствие травмы шейки матки при родах), рак тела матки гораздо чаще наблюдается у нерожавших и мало беременевших женщин.

Какова же детородная функция у больных, страдающих раком яичников? В данном вопросе, так же как и в других, касающихся рака яичников, нет единой точки зрения. Наряду с мнением, что рак яичников встречается главным образом у нерожавших женщин, имеются в литературе высказывания, что при раке яичников у больных нарушений детородной функции не отмечается. Так, например, Грюнбергер (Grünberger, 1950) указывает, что среди больных раком яичников имеется обычное количество рожавших женщин. Дэвис и др. (Davis, 1956) из 270 больных отмечают бесплодие в анамнезе у 20,6% женщин, страдавших раком яичников, и не связывают эту цифру с заболеванием. Я. Х. Скуя (1955) отметил бесплодие у 24,5% женщин, страдавших раком яичников. В то же время, по данным И. Д. Нечаевой (1955), из 366 больных с различными опухолями яичников не рожали и не беременели 79 больных, у 30 была беременность, не закончившаяся родами, и у 70 больных отмечены только одни роды. На основании приведенных данных автор сделал вывод, что из 366 больных с различными опухолями яичников у 179 (48%) детородная функция была нарушена или «недостаточна».

По нашим данным, из 198 больных, страдавших раком яичника, бесплодие наблюдалось у 36, т. е. у 18% больных. Почти все эти больные (18%) в прошлом страдали воспалением придатков матки и именно поэтому у них не было беременности.

Некоторые исследователи отмечают, что больные, страдающие раком яичников, в анамнезе часто имеют какие-либо заболевания органов малого таза. Пембертон (Pemberton, 1940), наблюдая 149 больных, выявил, что у 45% больных раком яичников в прошлом имели место заболевания внутренних половых органов. Спирт (Speert, 1949) отметил, что у 26% больных (67 из 260)

раком яичников в прошлом была произведена операция на органах малого таза и молочной железе.

На нашем материале мы не могли подтвердить этих данных и можем лишь отметить, что у 21% больных (41 из 198), страдавших раком яичников, в прошлом имел место выраженный воспалительный процесс придатков матки. Многие из них лечились физиотерапевтическими процедурами.

Приведенное процентное отношение не дает оснований для вывода, что хронический воспалительный процесс придатков матки является обязательным условием возникновения рака яичников. Однако, учитывая огромную роль хронического воспаления при возникновении рака других локализаций (шейка матки, желудок, вульва и др.), надо полагать, что и при раке яичников этот фактор также может иметь значение как способствующий опухолевому росту.

Теоретически логично думать, что длительное хроническое воспаление с постоянным полнокровием органа, особенно в пожилом возрасте, может явиться благоприятным условием для возникновения рака. Именно подобные обстоятельства имеют место у больных пожилого возраста, страдающих хроническим воспалением придатков матки и подвергающихся повторным курсам активной физиотерапии, часто в условиях курорта.

Необходимо отметить, что это теоретическое предположение не всегда оправдывается жизнью. Принимая во внимание большое количество больных, страдающих хроническим воспалением придатков матки и лечащихся физиотерапевтическими методами, следует признать, что рак яичников возникает у этих больных сравнительно редко. Если бы условия хронического воспаления с длительной физиотерапией имели решающее значение в возникновении рака яичников, то, надо полагать, рак яичников среди больных хроническими гинекологическими заболеваниями встречался бы значительно чаще. Правда, единичные случаи рака яичников возникают на фоне активного лечения хронического воспаления придатков, но связывать эти два заболевания, считая воспалительный процесс причиной или обязательным условием начала рака, нет еще достаточных оснований.

Как уже упоминалось, среди многочисленных теорий о возникновении опухолевого роста имеет место гормо-

нальная теория. А. И. Серебров (1957) полагает, что в настоящее время не возникает сомнения в том, что значительная, а может быть, и решающая роль в патогенезе опухолей женских половых органов принадлежит нарушениям гормонального баланса. В самом деле известно, какое большое значение имеет нарушение гормонального обмена в возникновении рака тела матки. Установлено, что гиперпродукция эстрогенов, а по некоторым данным и гонадотропинов (передней доли гипофиза) является одним из условий, ведущих к раку эндометрия. Казалось бы, что при раке яичников так называемый гормональный фон также должен иметь большое значение.

Еще в 1941 г. Г. М. Басина в выводах своей работы о злокачественных опухолях яичников отмечала связь функциональной недостаточности яичников с возникновением в них злокачественных опухолей. Г. М. Басина даже предлагала брать больных с гипофункцией яичников под специальное наблюдение, как угрожаемых по возможности заболевания раком яичников. И. Д. Нечаева (1955), на основании литературных данных и собственных наблюдений, высказывает мнение о том, что нарушение менструальной функции имеет некоторое значение как один из этиологических моментов при возникновении некоторых опухолей яичников.

Известны данные Бискинд (Biskind, 1944), а также Лик (Lick, 1949) об экспериментальном получении некоторых опухолей яичника путем снижения уровня эстрогенов и в то же время повышения уровня гонадотропинов в организме животного. Е. Д. Ирд (Институт экспериментальной патологии и терапии рака Академии медицинских наук СССР) проверила эти данные и также получила различные опухоли яичников у мышей и крыс путем нарушения гормонального баланса животных.

Следует подчеркнуть, что во всех экспериментах возникали гормонально-активные новообразования яичников (в основном гранулезобластомы). Что же касается собственно рака яичников, то экспериментальных данных в литературе не найдено.

Нами на значительном материале (109 больных) проверено наличие признаков гормональной дисфункции у больных, страдавших собственно раком яичников.

При этом не удалось выявить признаков нарушений гормональной функции ни до начала заболевания, ни в процессе его развития. Наши данные основаны на клинических наблюдениях, на микроскопическом исследовании эндометрия и анамнестических сведениях. Следует отметить, что специальных определений количественного содержания гормонов в моче и крови у наблюдавшихся нами больных не производилось. Однако надо полагать, что состояние эндометрия является относительно достоверным тестом на наличие некоторых гормонов (в основном эстрогенов) в организме больной.

Мы уже отмечали, что часто (а по некоторым авторам всегда) рак яичников возникает в кистэпителиоме, т. е. происходит малигнизация эпителиальной выстилки опухоли. Однако далеко не во всех случаях процесс идет именно таким образом. Иногда, особенно в более молодом возрасте, в сосочковой кистоме, которая достигает высокой степени пролиферации и даже диссеминируется по всей брюшной полости, все же не обнаруживается морфологических признаков злокачественности. В таких случаях даже при нерадикальной операции (оставление отдельных диссеминатов) может наступить излечение. В то же время у других больных малигнизация кистомы протекает очень быстро. Надо думать, что в первом случае у больных отсутствует какой-то не известный нам фактор малигнизации, уловить который пока не удастся. Таким образом, причина малигнизации кистом яичников и даже условия, при которых она возникает, остаются пока совершенно неизвестными. Единственно, что можно отметить — это более частую малигнизацию кистэпителиом у женщин пожилого возраста. Однако это не является чем-либо определяющим для рака яичников; известно, что рак любого органа чаще возникает в более пожилом возрасте.

Глава IV

МОРФОЛОГИЯ РАКА ЯИЧНИКОВ

Топография и макроскопическое строение раковых опухолей яичников

В I и даже во II стадии заболевания, когда односторонняя или двусторонняя опухоль яичников не переходит на соседние органы, раковые опухоли часто очень походят на кистомы. Капсула такой опухоли бывает гладкой, белесоватого цвета, округлой формы, иногда с несколько неправильными контурами.

Расположение раковой опухоли яичника, если она односторонняя, может быть любое, но большей частью она располагается сзади от матки. При двусторонних опухолях обычно одна из них лежит сбоку или спереди от матки и обнаруживается сразу при вскрытии брюшины. Другая же бывает опущена глубоко в прямокишечно-маточное углубление и в начале операции иногда неразличима. Памятуя об этом, необходимо при операции по поводу опухоли яичников, раньше чем приступить к удалению ее, произвести ревизию второго яичника. Это правило по существу давно известно, однако иногда его забывают, особенно если операцию производят по срочным показаниям (перекрут опухоли, ее разрыв и др.).

Раковые опухоли яичника имеют неравномерную консистенцию с участками уплотнения на фоне кистозного строения. Однако нередко в I стадии заболевания участки уплотнения незаметны и опухоль имеет вид гладкой ровной кисты.

Кистозное строение раковой опухоли яичника объясняется в первую очередь тем, что рак часто возникает в кистэпителиоме вследствие малигнизации ее эпителиальной выстилки. При этом раковое превращение начи-

нается в каком-либо одном участке кистэпителиомы, сначала занимая лишь небольшой участок ее. Кроме того, раковая опухоль напоминает кисту еще и потому, что сама раковая опухоль растет с образованием иногда обширных кистозных полостей.

Внешнее сходство раковой опухоли яичника с кистэпителиомой часто является причиной их смешивания. Если в операционной не производят осмотра внутренней поверхности удаленной опухоли, то рак яичников чаще остается не распознанным даже во время операции. Однако внимательный осмотр внутренней поверхности кистозной опухоли в операционной обычно дает некоторые данные для суждения о характере удаляемой опухоли.

На внутренней поверхности раковой опухоли яичника можно видеть хрупкие, легко отваливающиеся от небольшой травмы разрастания сероватого цвета. Жидкость, выполняющая кистозные полости, при этом бывает мутная, иногда темного цвета. При кистэпителиоме сосочкового строения на внутренней поверхности опухоли обычно также имеют место разрастания, но цвет их большей частью темно-красный, консистенция более плотная, они более компактные и не так легко разваливаются под рукой. Плоскостные уплотнения в стенке кистозной опухоли в виде небольших бляшек редко представляют собой участки малигнизации.

Плотные, солидные участки опухоли, напоминающие обширные фиброзные очаги, также сравнительно мало подозрительны на первичный рак яичника. Компактное строение опухоли яичника скорее говорит о метастатическом раке или же об особой форме злокачественных опухолей (дисгерминома, гранулезобластома и др.).

В III стадии заболевания при вскрытии париетальной брюшины двусторонние опухоли яичников обычно имеют вид конгломерата с опухолевыми разрастаниями по поверхности, маточная труба и петли толстого кишечника часто бывают втянуты в конгломерат опухоли. Матка в таких случаях бывает или приподнята к передней брюшной стенке, или же «замурована» между опухолями и сразу неразличима. Отдельные опухолевые узлы в виде мелких или крупных высыпаний локализуются в прямокишечно-маточном углублении или же по брюшине пузырно-маточной складки. Сальник бывает

поражен крупными, лепешкообразными опухолевыми узлами.

При наличии сопутствующего хронического воспаления придатков матки или же при наличии перифокального пельвеоперитонита (что при раке яичников III стадии бывает довольно часто) внешний вид органов малого таза иногда бывает малохарактерным для раковой опухоли и скорее напоминает собой хронический спаечный пельвеоперитонит с двусторонними ретенционными tuboовариальными образованиями. При этом раковые разрастания можно обнаружить в глубине малого таза лишь после рассечения спаек и восстановления анатомических соотношений. Установить диагноз в таких случаях, даже при открытой брюшной полости, представляется трудным и поставить его можно далеко не сразу.

Особого внимания заслуживает дифференциальная диагностика во время операции между распространенным раком яичника и диссеминированной папиллярной кистэпителиомой.

Кистозные опухоли яичников сосочкового строения давно привлекали внимание исследователей, особенно в силу своеобразного клинического течения. Как известно, при отсутствии морфологических признаков злокачественности кистозные опухоли яичников имеют свойство распространяться по брюшной полости. Микроскопически эти диссеминаты представляют собой очаги пролиферации цилиндрического эпителия без признаков атипии. При таком распространении сосочковых кистом (без малигнизации), несмотря на кажущуюся запущенность заболевания, возможно полное излечение больных после удаления основных опухолей и оставления явных метастазов. Оставленные метастазы после удаления основной опухоли теряют потенцию к росту и постепенно рассасываются. Следовательно, при диссеминированной сосочковой кистэпителиоме нерадикальная операция с оставлением метастазов опухоли может привести к излечению.

Если же речь идет о диссеминированном раке яичников сосочкового строения, подобная нерадикальная, часто не абластичная операция с травмой оставленных диссеминатов поведет лишь к быстрейшему метастазированию и ускорению опухолевого роста.

В то же время при операции иногда бывает трудно решить, имеется ли в данном случае диссеминация папиллярной кистэпителиомы или же распространенный рак яичников. Каковы же критерии суждения в этом вопросе? Асцитическая жидкость почти всегда бывает в большом количестве и в том и в другом случае. Однако по внешнему виду основные опухоли и диссеминаты большей частью несколько отличаются при этих опухолях. При папиллярной кистоме опухоль часто бывает темно-красного цвета. При раке яичников сосочковые разрастания чаще бывают сероватого цвета. Во время выведения опухолей из брюшной полости в случае наличия папиллярной кистомы консистенция разрастаний представляется более плотной, часто с отложением извести и отдельные сосочки редко отпадают от основной опухоли. При раке яичников сосочкового строения опухоль имеет хрупкую консистенцию и при выведении буквально разваливается под рукой.

Метастатические узлы в брюшной полости при раке яичников обычно бывают очень плотные и часто достигают больших размеров, особенно в сальнике. При папиллярных же кистэпителиомах диссеминаты редко достигают большой величины и имеют вид не отдельных узлов, а сосочковых выростов или даже пузырьков. Плотных метастазов в сальник папиллярные кистэпителиомы почти никогда не дают. Таким образом, если даже опухоли яичников напоминают собой кистэпителиомы, а в сальнике и по брюшине имеются плотные, солидные узлы, можно с большей долей вероятности говорить о раке яичников с диссеминацией, а не о кистэпителиоме.

Если по ходу операции, по макроскопическому виду опухоли трудно установить точный диагноз, не следует забывать о срочном микроскопическом исследовании, если к этому имеется возможность.

Микроскопическое строение раковых опухолей яичников

Микроскопическое строение раковой опухоли яичников чрезвычайно разнообразно. Как уже отмечалось, иногда патологоанатомы ставят морфологический диагноз рака яичников по микроскопическому строению опухоли там, где имеется иная злокачественная опухоль

этого органа. В некоторых случаях это делается сознательно, когда исходят из принципа называть все эпителиальные злокачественные опухоли яичников раком (дисгерминома, гранулезобластома и др.). В других же случаях ошибочный морфологический диагноз рака яичников ставится вследствие недостаточного опыта патологоанатома.

Интересно отметить, что некоторые авторы, полагая, что рак яичников всегда возникает из малигнизированных кистэпителиом, в специальных работах по микроскопическому строению опухолей яичников, не выделяют раздела, посвященного раку яичников. Это видно, например, из монографии М. Ф. Глазунова «Опухоли яичников» (1954). В главе «Кистозные опухоли яичников», в рубрике «Цилиоэпителиальные кисты», имеется подзаголовок «Рак из цилиоэпителиальной кисты», и аналогичный подзаголовок «Рак из псевдомуцинозной кисты» в разделе «Псевдомуцинозные кисты». Описание микроскопического строения рака из кистом М. Ф. Глазунов начинает с указания на то, что подавляющее большинство злокачественных эпителиальных опухолей яичников имеет строение папиллярных и тех или иных вариантов, так называемых массивных раков (солидный, медуллярный, аденоматозный, мультиформный).

В работах И. Д. Нечаевой, посвященных вопросам генеза и лечения опухолей яичников, в характеристике злокачественных опухолей яичников также совершенно отсутствует раздел «Рак яичников». Вместо этого имеется рубрика под названием «Малигнизированные кисты».

При описании микроскопического строения рака яичников обычно приводятся следующие варианты структуры опухолей: железистое строение, папиллярное строение и солидное строение (К. П. Улезко-Строганова и др.). Подобное деление можно встретить почти во всех сводках, касающихся рака яичников, а также и в ответах патологоанатомических лабораторий на биопсии из яичниковых опухолей.

Следует отметить, что рак яичников солидного строения трактуется многими авторами не как самостоятельный тип роста, а как солидизированные формы железистого и папиллярного рака. Так, например, М. Ф. Глазунов полагает, что рак яичников солидного строения представляет собой бывший железистый или папилляр-

ный рак, приобретший солидизированную форму. То же отмечает и В. П. Михайлов, подразумевая под термином «вторично-солидное строение», то, что и М. Ф. Глазунов под определением «солидизированные формы».

Изучив микроскопическое строение раковых опухолей яичников, удаленных у 198 больных, мы также подтверждаем, что собственно рак яичников в подавляющем большинстве случаев (на нашем материале в 95%) имеет сосочковое и железистое строение, причем в начале развития рака яичников имеется или папиллярная, или железистая форма роста. Однако уже вскоре в раковой опухоли яичника появляются и папиллярные, и железистые структуры. По мере роста опухоли папиллярные и железистые структуры взаимно перемешиваются и наряду с этим возникают и сплошные поля клеток, которые можно назвать солидным строением. Эти поля образуются за счет бурного размножения клеток и стирания основного рисунка роста. При этом наблюдается резкая анаплазия опухолевых клеток.

М. Ф. Глазунов (1954) в монографии, посвященной микроскопическому строению опухолей яичников, четко разграничивает рак из цилиоэпителиальной кистомы (папиллярное строение) и рак из псевдомуцинозной кистомы (железистое строение), считая, что даже и при распространенном раке яичников это деление всегда существует. Однако наряду с этим автор признает, что в некоторых случаях точно установить, из какой кистомы развился рак, по микроскопическому строению бывает трудно. Иначе говоря, не всегда раковая опухоль имеет только железистое или только сосочковое строение.

В повседневной работе нам далеко не всегда можно было провести дифференциальный диагноз между только железистым или только папиллярным строением рака яичников. Чаще, особенно в запущенных случаях, мы могли констатировать в одной и той же опухоли и железистое, и сосочковое, и вторично-солидное строение. На рис. 1—7 показано микроскопическое строение рака яичников.

Рак яичников первично-солидного строения встречается редко (по нашим данным, в 5% случаев). При первично-солидном строении опухоли яичника в некоторых полях зрения иногда наблюдается картина, напоминающая плоскоклеточный рак. Иногда же при первично-

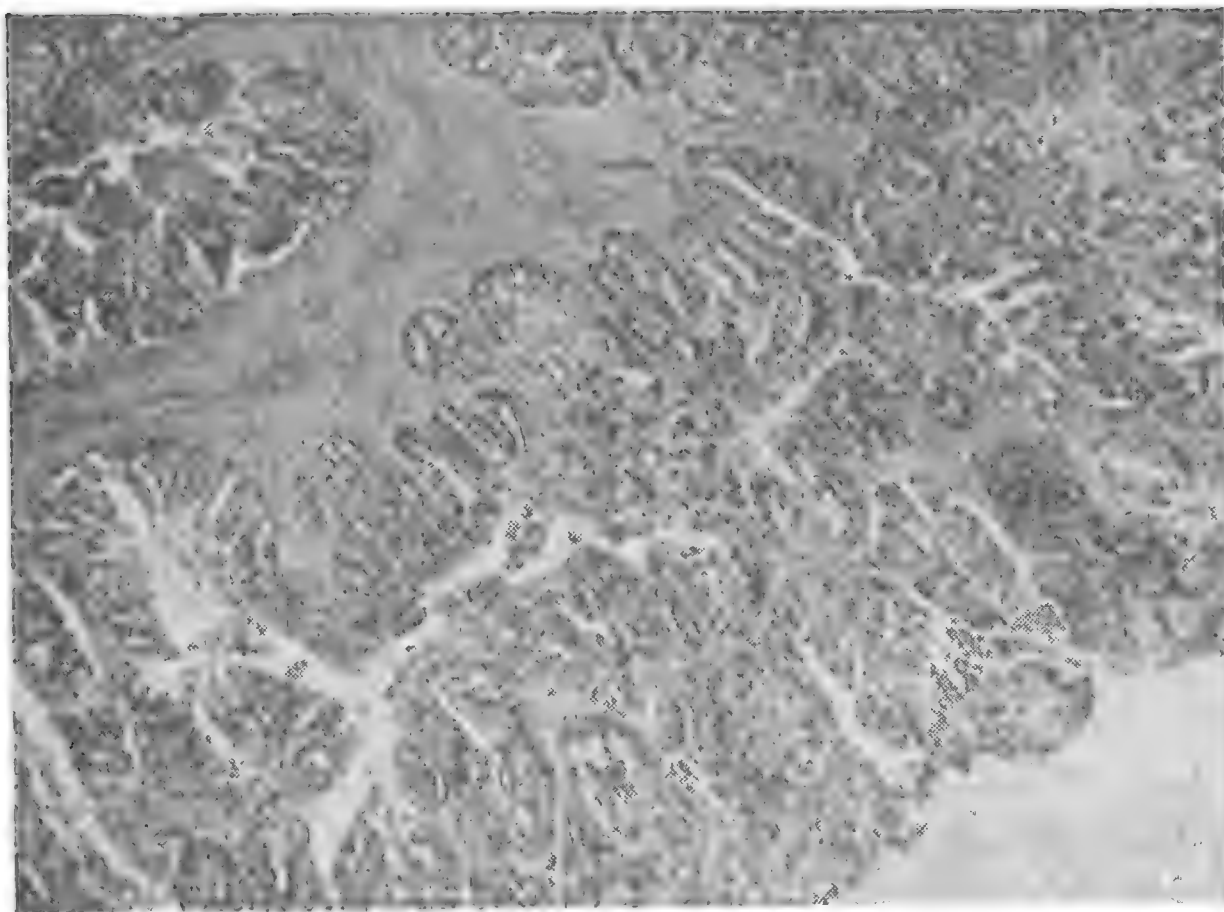


Рис. 1. Рак яичников сосочкового строения, малое увеличение. Больная 45 лет оперирована по поводу двусторонних опухолей яичников. Здорова 10 лет.

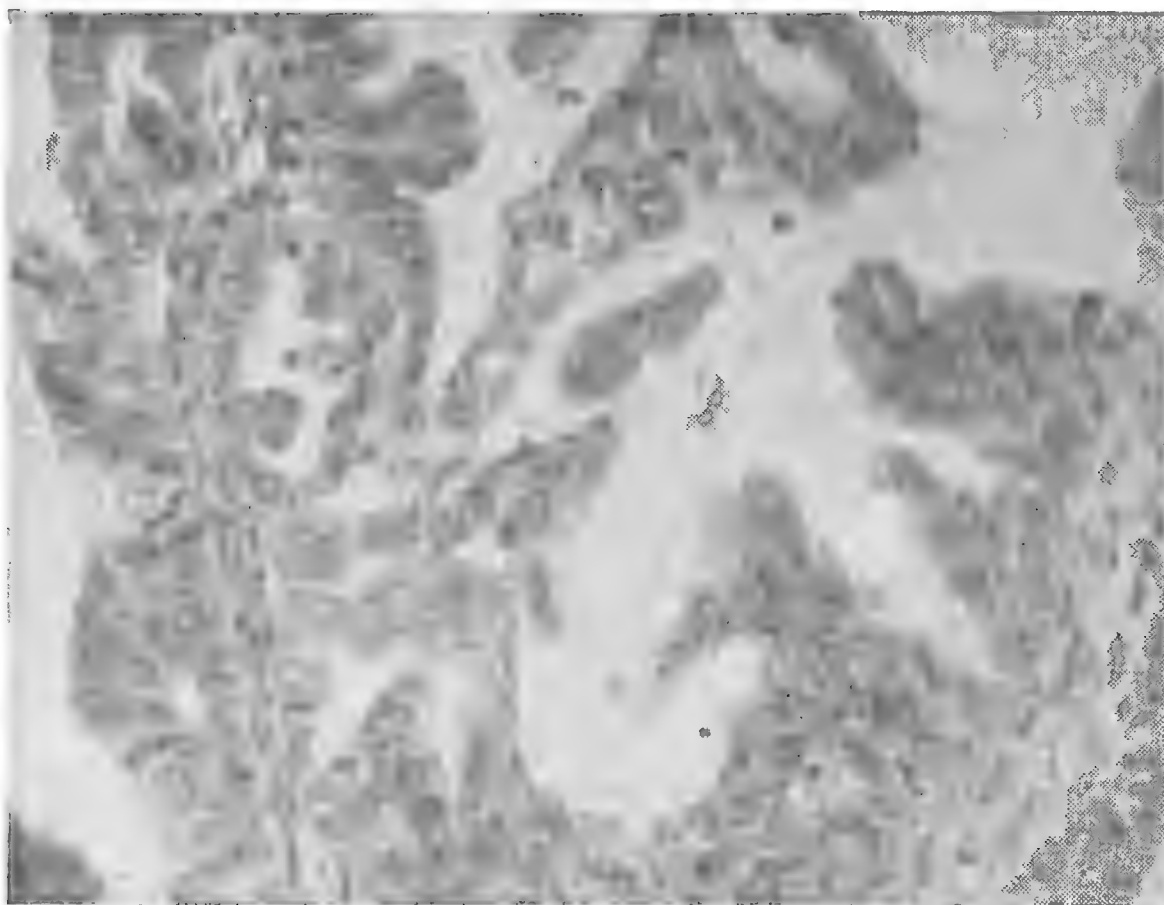


Рис. 2. Рак яичников сосочкового строения, большое увеличение. Больная 47 лет оперирована по поводу двусторонних опухолей яичников. Умерла через год после операции от рецидива рака.

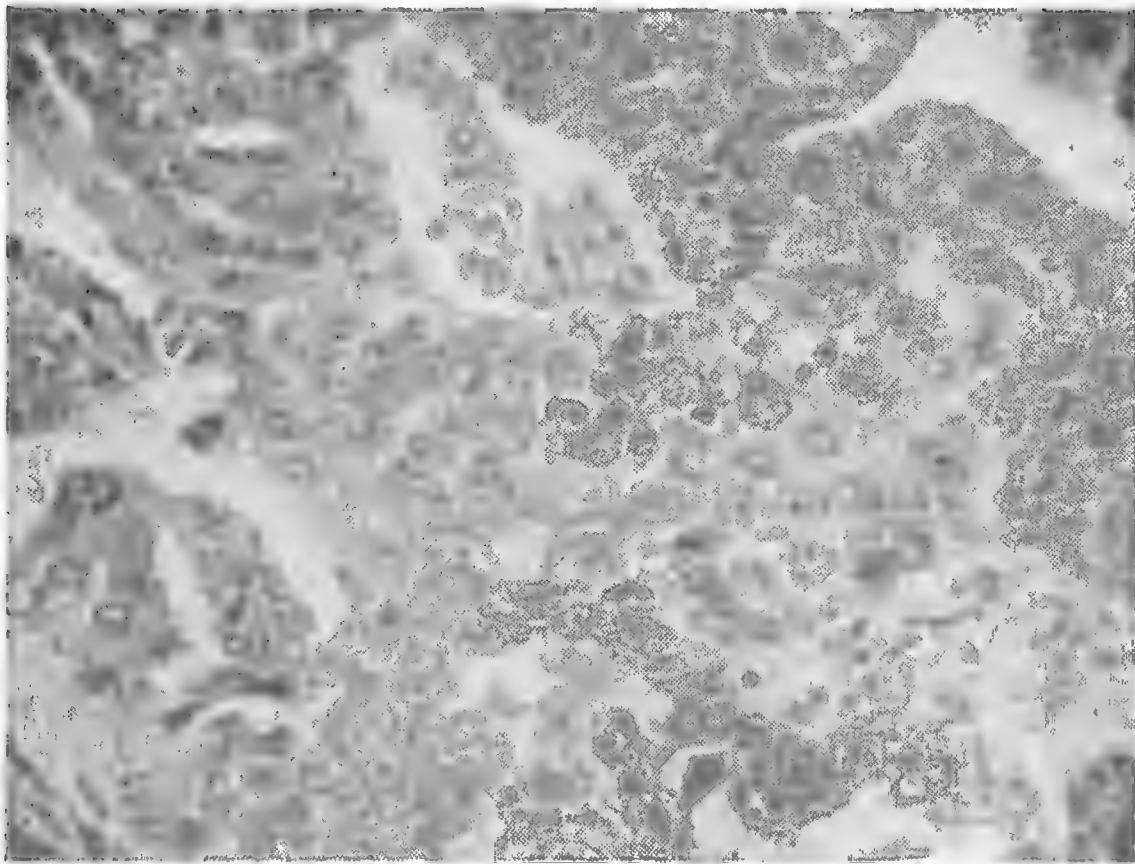


Рис. 3. Опухоль той же больной, участок вторично-солидного строения. Большое увеличение. Опухолевые клетки крупные, полиморфные, с выраженными признаками анаплазии.



Рис. 4. Рак яичников железистого строения. Малое увеличение. Больная 69 лет оперирована по поводу опухоли правого яичника. На брюшине малого таза и в большом сальнике метастатические узлы. Умерла через 6 месяцев от диссеминированного рака.



Рис. 5. Опухоль той же больной, большое увеличение.

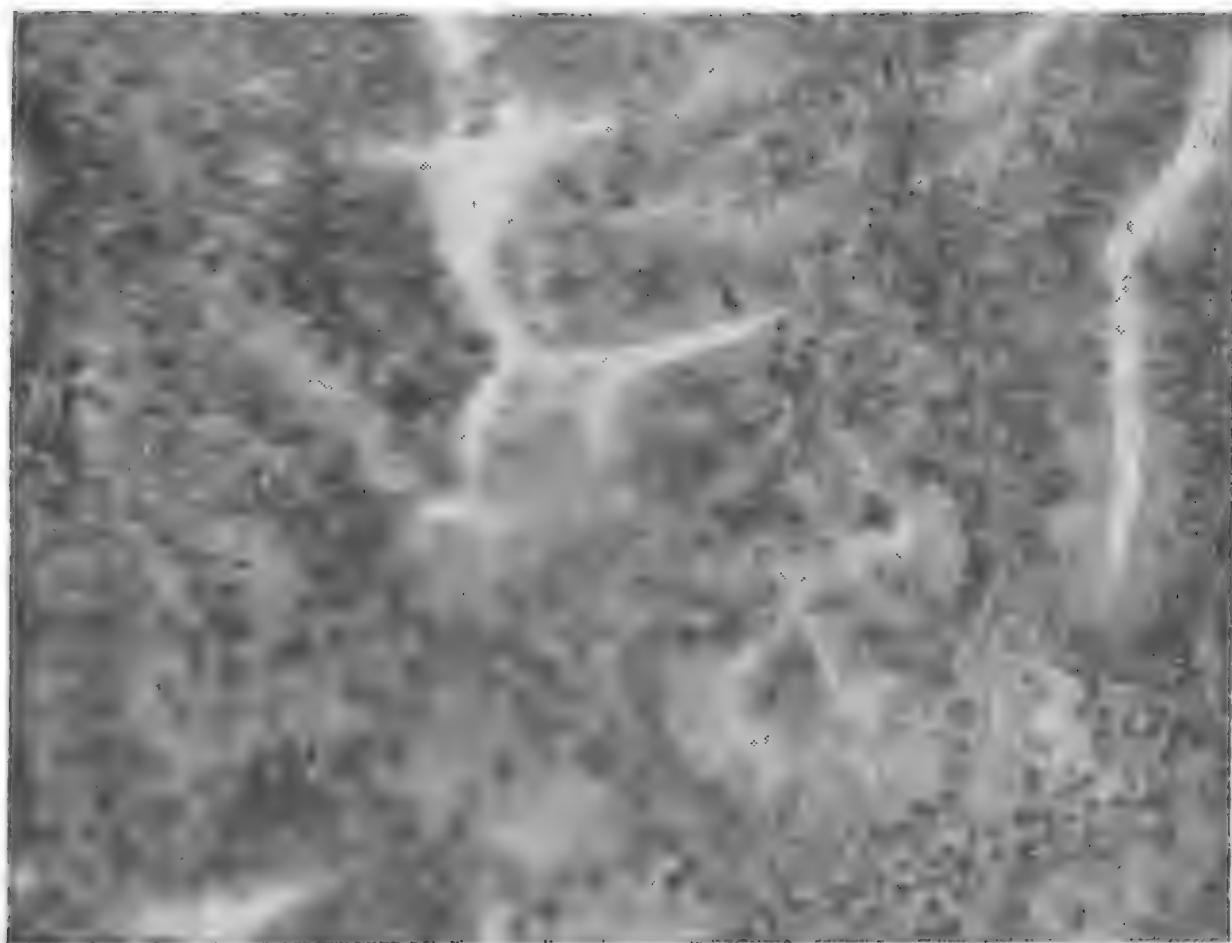


Рис. 6. Рак яичников железистого строения. Больная 26 лет оперирована по поводу односторонней опухоли яичников. Здорова свыше 10 лет.

солидном строении рака яичников опухолевые клетки представляются мелкими, гиперхромными, типа базальноклеточного рака.

Большей частью в раке первично-солидного строения отмечаются сравнительно маловыраженные признаки анаплазии. Следует подчеркнуть, что при раке яичников

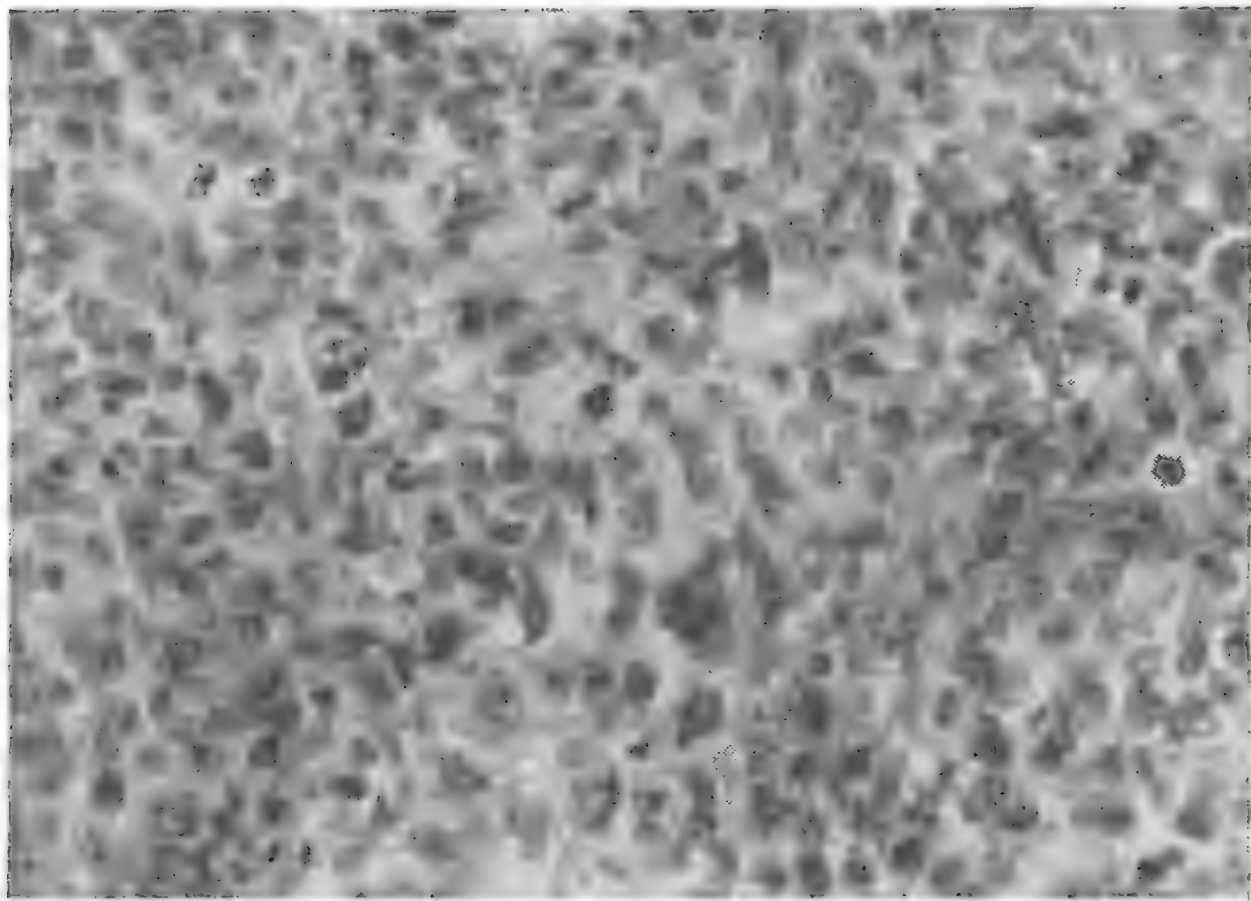


Рис. 7. Рак яичников вторично-солидного строения, резкая анаплазия опухолевых клеток. Больная 47 лет оперирована при распространенном раке яичников. Умерла через 8 месяцев после операции.

первично-солидного строения часто не бывает уверенности, что речь идет действительно о собственно раке яичников. Нередко остаются сомнения, не есть ли это какая-либо иная злокачественная опухоль яичников (гранулезоклеточная, дисгерминома и др.).

В некоторых случаях гранулезобластомы имеют псевдоаденоматозное строение и тогда исключить микроскопически рак яичников трудно. При этом, если общая структура роста опухоли не дает оснований для решения вопроса о ее характере, следует руководствоваться характеристикой клеточных элементов опухоли. М. Ф. Глазунов отмечает, что клеточные элементы гранулезобластомы похожи на клетки гранулезы фолликулов. Часто они бывают мелки, полигональны, с тем-

ным ядром, занимающим бóльшую часть клеточного тела. Полиморфизм клеток гранулезобластомы бывает выражен слабо и большей частью они представляются однообразными. Немаловажное значение в дифференциальном диагнозе между раком яичника и гранулезоклеточной опухолью имеют и данные клиники.

Другая злокачественная опухоль яичников, с которой по микроскопическому строению может быть смешан рак яичников,— дисгерминома (семинома). Правда, некоторые авторы намеренно называют дисгерминому раком яичников солидного строения, считая, что поскольку дисгерминома представляет собой злокачественную эпителиальную опухоль, то по существу она и есть рак. С этим положением нельзя согласиться, так как по своим клиническим свойствам дисгерминома и рак яичников совершенно различны и отождествление их чрезвычайно затрудняет правильный выбор лечения.

Дисгерминома обычно имеет настолько характерное микроскопическое строение, что патологоанатом, зная эту опухоль, не смешивает ее с собственно раком яичников. Практическому врачу следует лишь помнить, что компактная опухоль яичников у женщин молодого или даже юношеского возраста без диссеминации по брюшине, а скорее с подбрюшинным распространением, большей частью является дисгерминомой. Если патологоанатом в таких случаях дает заключение как о раке яичников солидного строения, это определение должно вызвать некоторое сомнение в его правильности. Следует тогда уточнить, не есть ли это дисгерминома.

Дифференциальная диагностика между пролиферирующей кистэпителиомой и начинающимся раком трудна не только макроскопически, как это отмечалось выше, но и микроскопически. А. И. Серебров (1953) и многие иностранные авторы обращают внимание на то, что пролиферирующие кистэпителиомы нередко ошибочно определяются как рак.

По литературным данным [Kerr и Элкинс (Kerr a. Elkins), 1951; Монтгомери (Montgomery), 1948; Аллан и Гертиг (Allan a. Hertig), 1949, и др.], при раке яичников папиллярного строения наблюдается наилучший процент отдаленных результатов лечения. Некоторые авторы приводят цифру до 50% излечения при папиллярном раке. В то же время благоприятные отдаленные

результаты лечения рака яичников в целом выражаются в цифре 6—8%. Отсюда может возникнуть мысль, что, по-видимому, рак яичников папиллярного строения обладает менее выраженными признаками злокачественности. Однако при изучении материала авторов, приводящих относительно хорошие данные отдаленных результатов лечения при папиллярном раке, оказывается, что авторы в группу папиллярного рака включают пролиферирующие кистэпителиомы.

При микроскопическом исследовании кусочков из кистозной опухоли яичника иногда бывает очень трудно уловить границу между резкой пролиферацией без атипичного роста и начинающимся раком. Даже два очень опытных патологоанатома могут в некоторых случаях иметь разные суждения относительно одной и той же опухоли и то, что одному глазу представится как резкая пролиферация, другому может показаться уже началом рака. М. Ф. Глазунов по этому поводу пишет, что во всех случаях подобного рода совершенно необходимо исследовать разные участки кисты, как гладкостенные, так и покрытые папиллярными выростами, а также очаговые утолщения стенок кист, не похожие на остатки бывших перегородок. М. Ф. Глазунов подчеркивает, что первые изменения в сторону рака, как правило, появляются в эпителиальном покрове ворсинок, а именно таковой теряет признаки своей функциональной дифференцировки. М. Ф. Глазунов приводит 7 типов функциональных клеток, характерных для пролиферирующей цилиоэпителиальной кистомы. Надо сказать, что эти типы функциональных клеточных элементов по своему внешнему виду довольно разнообразны и легко могут быть восприняты как начинающаяся атипия. Таким образом, уловить границу начинающейся атипии в эпителиальной выстилке кистомы часто очень трудно.

Обычно в морфологическом определении начала рака в кистоме, кроме характера клеточных элементов, большое значение имеет и другой признак злокачественного роста, а именно прорыв мембраны и инфильтрация подлежащей ткани. При наличии его микроскопический диагноз рака ставят с уверенностью. Правда, следует заметить, что прорыв мембраны при начинающемся раке яичников в кистоме может отсутствовать. Раковые клетки могут проявлять тенденцию в сторону инвертирующего

роста, образуя многослойные структуры, обращенные внутрь кистозной полости, без инфильтрации подлежащей ткани. Наличие в таких случаях многослойных нагромождений атипичных клеток, даже без нарушения мембраны, уже дает основание для определения рака.

Таким образом, при морфологическом определении начала рака в кистоме следует опираться на признаки анаплазии клеточных элементов, выстилающих кист-эпителиому, и на прорыве мембраны и образования сплошных полей атипических клеток.

Появление признаков атипии в эпителии кистэпителиомы без прорыва мембраны и инфильтрирующего роста в морфологическом определении рака яичников имеет значение в свете обсуждающегося в последнее время вопроса о существовании интраэпителиального рака, или, как принято его еще называть, *carcinoma in situ*. В отношении начальных форм рака шейки матки признание категории интраэпителиального рака приобретает все большее число сторонников. Если с этих же позиций подходить к определению начинающихся форм рака яичников из кистэпителиомы, то установление границ между пролиферирующей кистэпителиомой и начинающимся раком еще более затруднится.

В повседневной практической работе морфологической лаборатории при некотором сомнении в морфологическом определении рака и колебании между резко пролиферирующей кистэпителиомой и началом рака лучше склониться в сторону определения рака, чем отвлечь внимание клинициста доброкачественным определением опухоли. Известно, что резко пролиферирующие кистэпителиомы потенциально злокачественны. Лечение таких больных должно идти по типу лечения злокачественных новообразований и определение морфологом ракового характера опухоли поведет клинициста в лечении больной по правильному пути.

Приводим примеры дифференциальной микроскопической диагностики между пролиферирующей кистэпителиомой сосочкового строения и сосочковым раком.

1. Больная А., 47 лет, была оперирована по поводу двусторонних опухолей яичников типа сосочковых кистом без видимой диссеминации. При микроскопическом исследовании удаленных опухолей сначала было дано заключение о наличии «папиллярной кистомы обоих яичников со злокачественным перерождением». Больная здорова свыше 5 лет.

2. Больная Г., 30 лет, была оперирована по поводу двусторонних сосочковых опухолей яичников без явлений диссеминации. При микроскопическом исследовании препарата сначала было дано заключение о «злокачественной папиллярной кистоме». Больная погибла через 1½ года от диссеминированного рака.

По существу первичное заключение патологоанатома и в том и в другом случае было почти одинаково.

Повторно изучив течение болезни и микроскопическое строение удаленных опухолей у обеих больных, мы пришли к выводу, что у больной А. речь шла о пролиферирующей, но не злокачественной, сосочковой кистэпителиоме; у больной же Г. речь шла о раке яичников.

На приводимых микрофотографиях (рис. 8—11) общий вид срезов опухолей представляется почти одинаковым. Однако при большом увеличении разница в характере клеточных элементов опухоли видна достаточно ясно.

При изучении микроскопического строения рака яичников иногда встречаются поля зрения, сходные с плоскоклеточным раком.

М. Ф. Глазунов говорит о том, что подобные псевдоплоскоклеточные поля зрения представляют собой вариант солидизированных участков рака из кистомы, и отрицает возможность метаплазии эпителия в раковых опухолях из цилиоэпителиальных кист в многослойный плоский.

Мы наблюдали 3 больных с раковыми опухолями яичников, в препаратах которых имелись участки плоскоклеточного эпителия. Сначала мы полагали, что данные опухоли следует отнести к пролиферирующим кистэпителиомам с участками метаплазии цилиндрического эпителия в плоский. Однако на заседании Патологоанатомического общества Москвы, где мы демонстрировали эти препараты, наше мнение не получило поддержки и представленные нами опухоли были расценены как рак яичников железисто-папиллярного строения с участками вторично-солидных полей зрения.

Участки солидного строения в описанных опухолях настолько напоминали собой плоскоклеточный рак, а в некоторых полях зрения даже плоскоклеточный эпителий с склонностью к ороговению, что невольно оставалось сомнение, не имеет ли место в данном случае метаплазия эпителия.

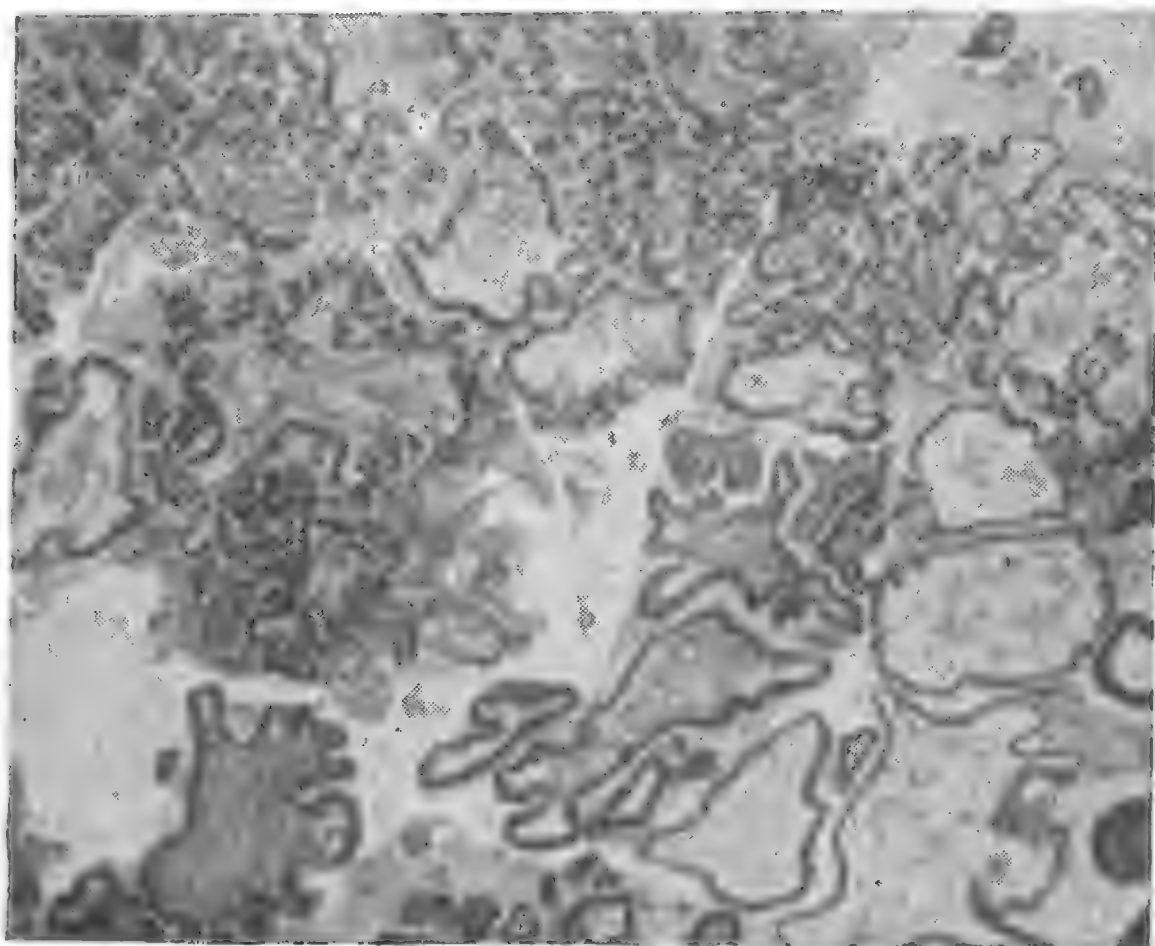


Рис. 8. Больная А. Опухоль яичников. Общий вид.

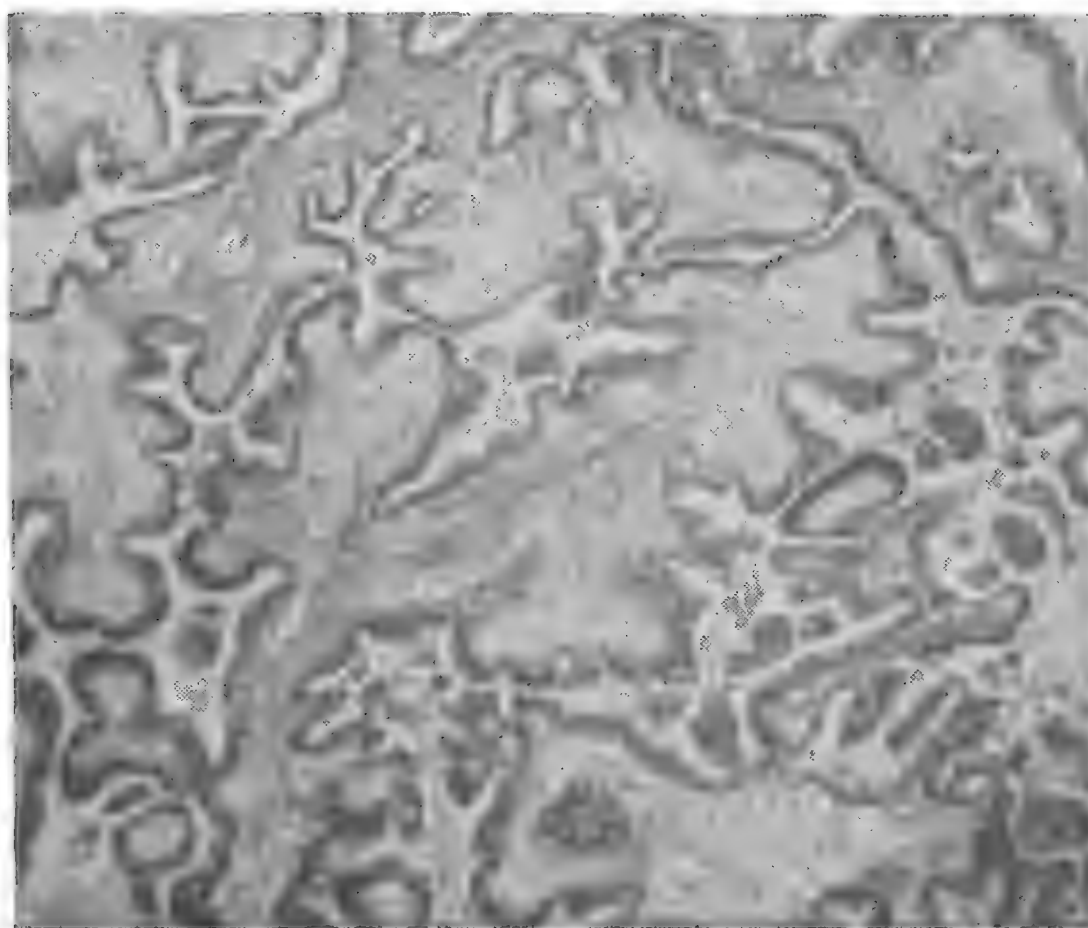


Рис. 9. Больная Г. Опухоль яичников. Общий вид.



Рис. 10. Та же опухоль больной А. Большое увеличение.

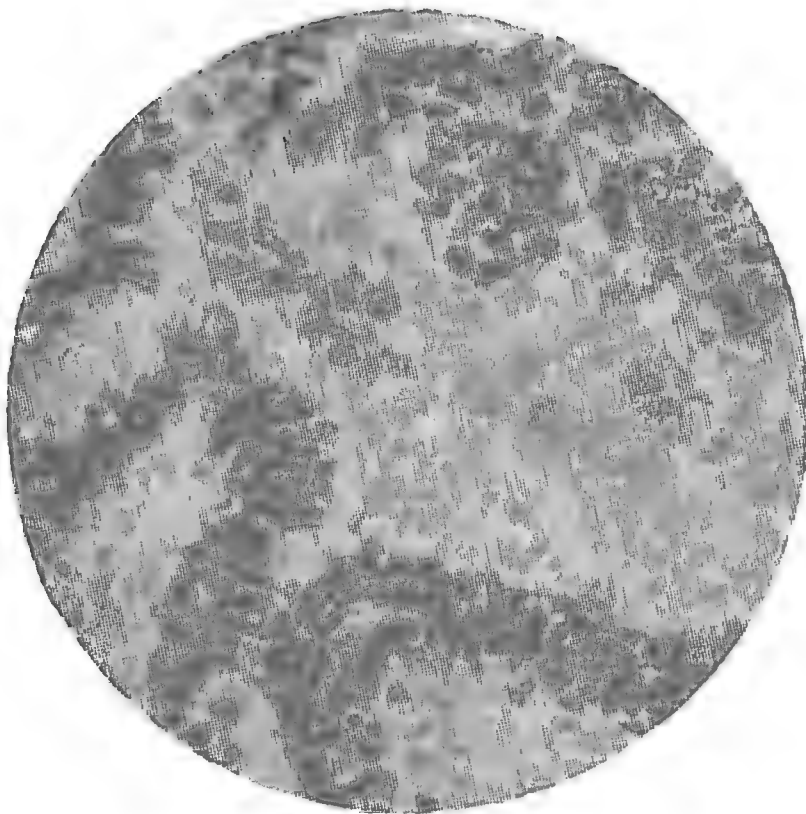


Рис. 11. Та же опухоль больной Г. Большое увеличение.

Приводим одно из наших наблюдений.

Больная О., 46 лет, оперирована нами по поводу рецидива опухоли правого яичника, без диссеминации. За 3 года до настоящей операции у больной была удалена «киста левого яичника», оказавшаяся при микроскопическом исследовании «железистым раком». К сожалению, мы не смогли получить гистологического препарата удаленной ранее опухоли левого яичника и должны были удовлетвориться наличием письменного заключения.

После первой операции больная подвергалась интенсивному облучению области малого таза. Несмотря на это, через 3 года у нее возникла опухоль в оставленном правом яичнике.

При повторной операции нами были удалены правые придатки и матка, причем опухоль оставленного яичника была величиной с головку новорожденного. Признаков диссеминации не было. Больная здорова свыше 5 лет.

Приводим микрофотографии опухоли, удаленной у больной О. (рис. 12—15).

В этом случае обращает на себя внимание благоприятный исход заболевания, при котором, несмотря на имевшийся рецидив опухоли, больная здорова свыше 5 лет. Заметим, что больные, у которых раковая опухоль яичника имеет вторично-солидное строение, как правило, погибают довольно быстро.

Приводим другой случай.

Больная Е., 52 лет, оперирована нами по поводу опухоли яичника с метастазом в эндометрий. За 2 недели до поступления под наше наблюдение в связи с имевшимися атипическими кровянистыми выделениями из матки в другой клинике было произведено диагностическое выскабливание эндометрия. По соскобу диагностирован рак тела матки. К сожалению, нам пришлось ограничиться данными заключения патологоанатома, так как получить микроскопический препарат соскоба не удалось.

При операции была удалена матка и придатки, опухоль правого яичника округлой формы, 6—7 см в диаметре.

На микрофотографии срезов удаленной опухоли (рис. 16 и 17) видна опухоль железистого строения. При большом увеличении в центре поля зрения виден участок, напоминающий плоский многослойный эпителий.

При микроскопическом исследовании матки было обнаружено на фоне атрофичной слизистой оболочки несколько маленьких очагов аденоматозных разрастаний, сходных по своему строению с описанной выше опухолью правого яичника (рис. 18 и 19).

По строению аденоматозного участка в эндометрии можно предположить, что это метастаз из опухоли

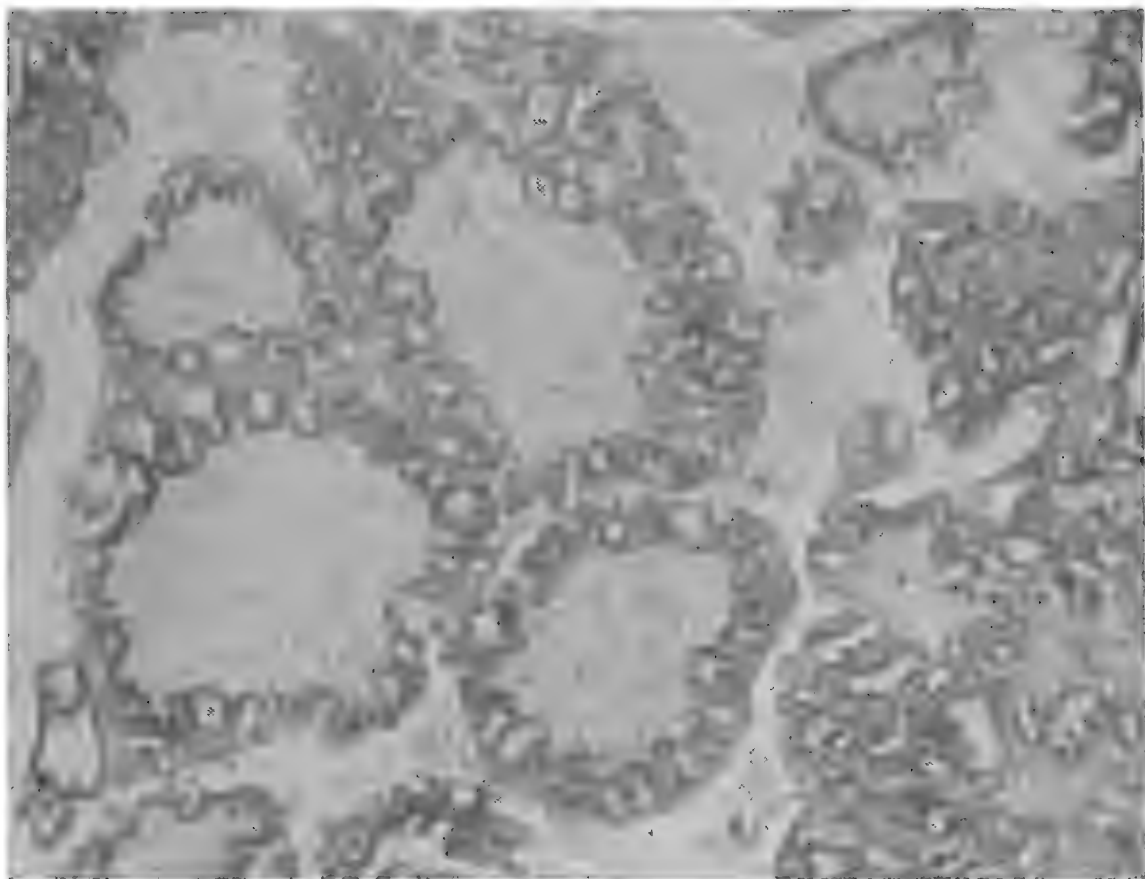


Рис. 12. Рак яичников железисто-папиллярного строения. Малое увеличение.

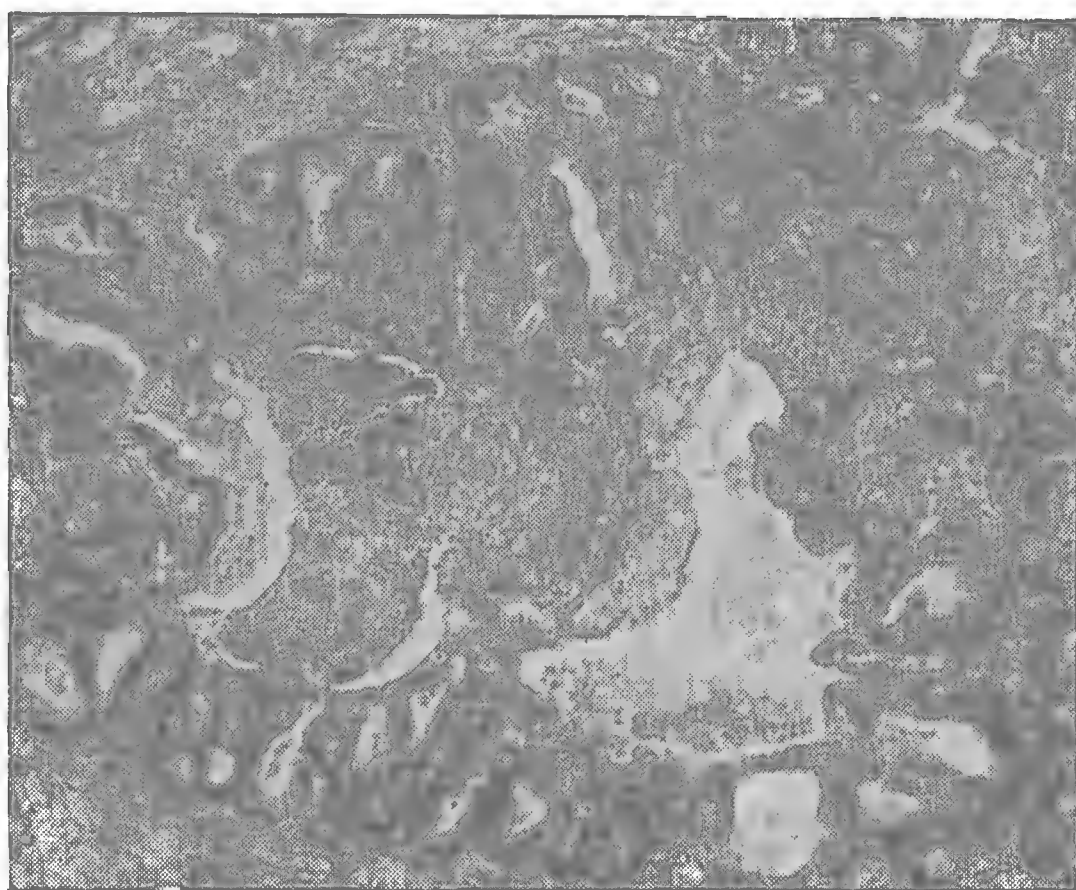


Рис. 13. Опухоль той же больной. Большое увеличение. Различимы участки типа плоскоклеточного ороговевающего рака.



Рис. 14. Опухоль той же больной. Слева внизу
виден участок типа плоскоклеточного рака.



Рис. 15. Та же опухоль, другое поле зре-
ния.

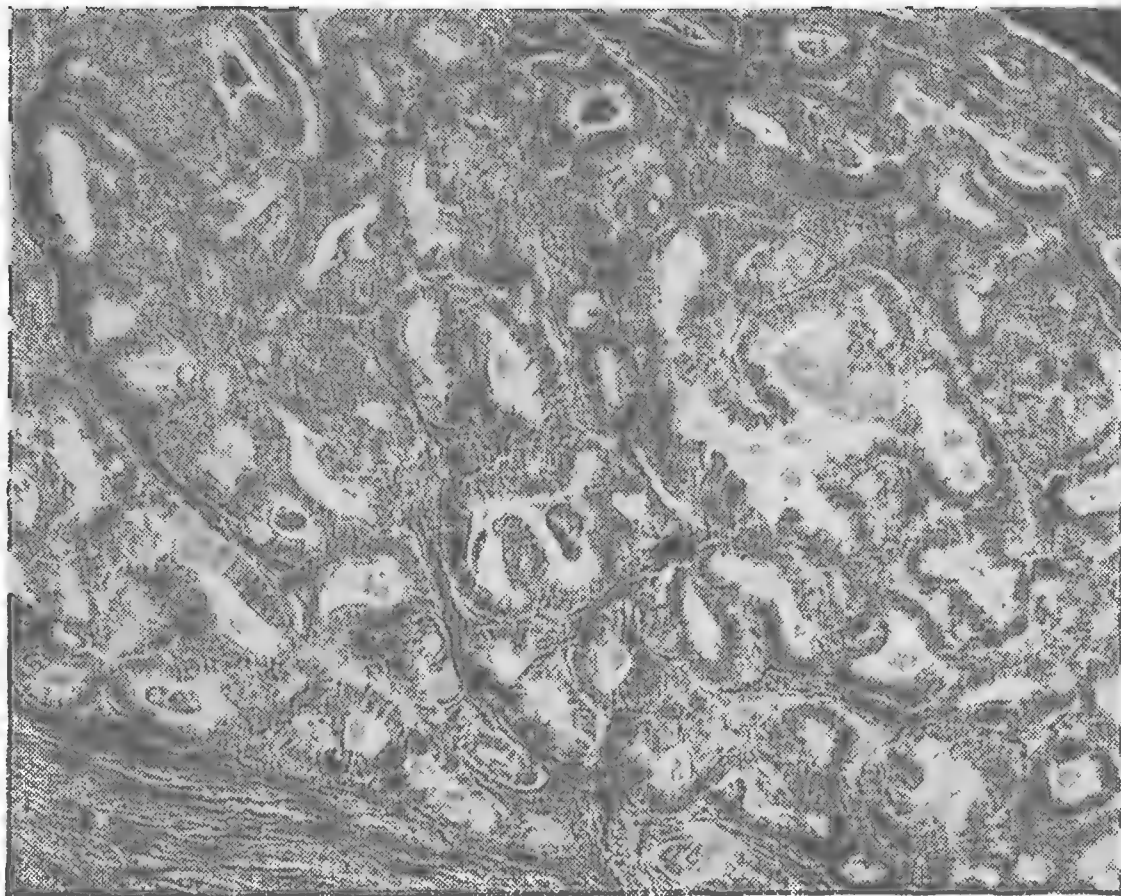


Рис. 16. Общий вид опухоли. Малое увеличение.

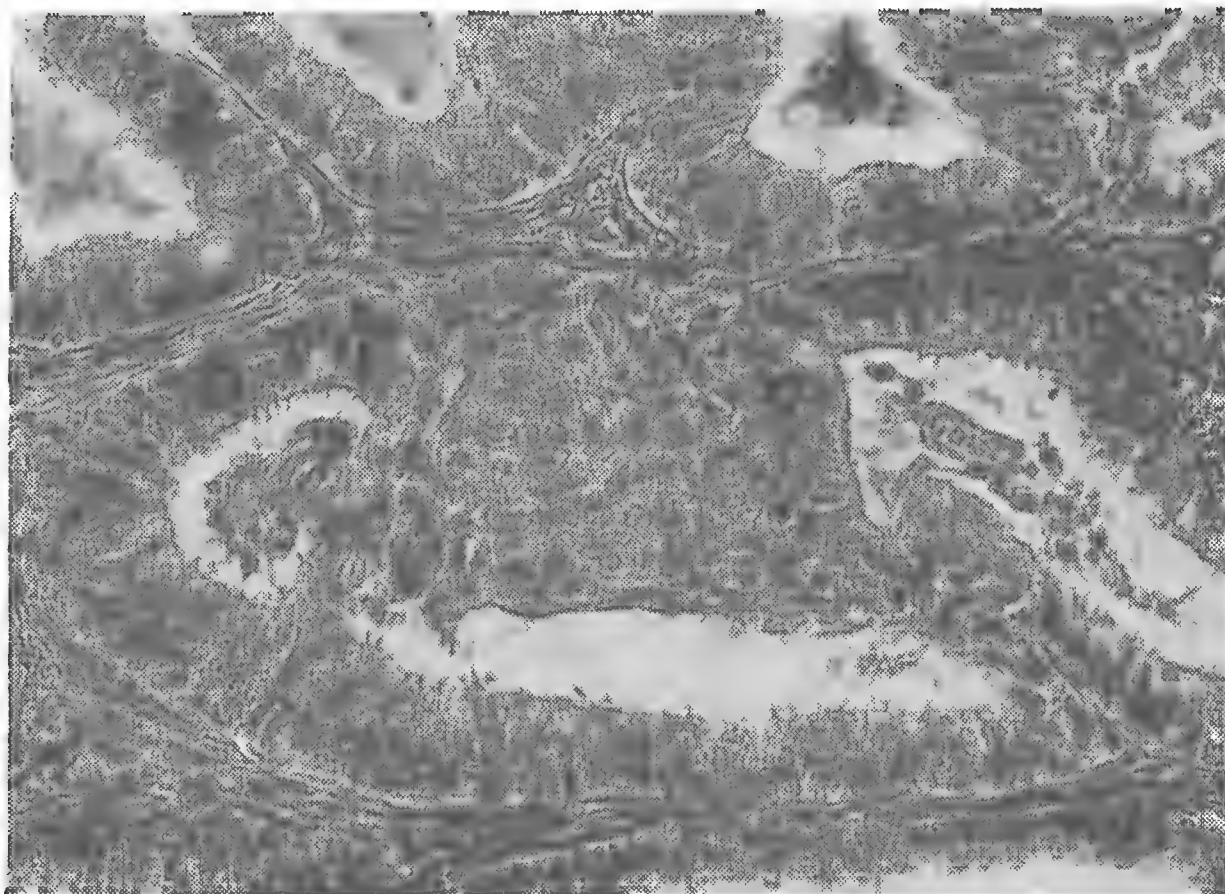


Рис. 17. Та же опухоль. Большое увеличение.



Рис. 18. Общий вид аденоматозного очага, обнаруженного в атрофичном эндометрии.

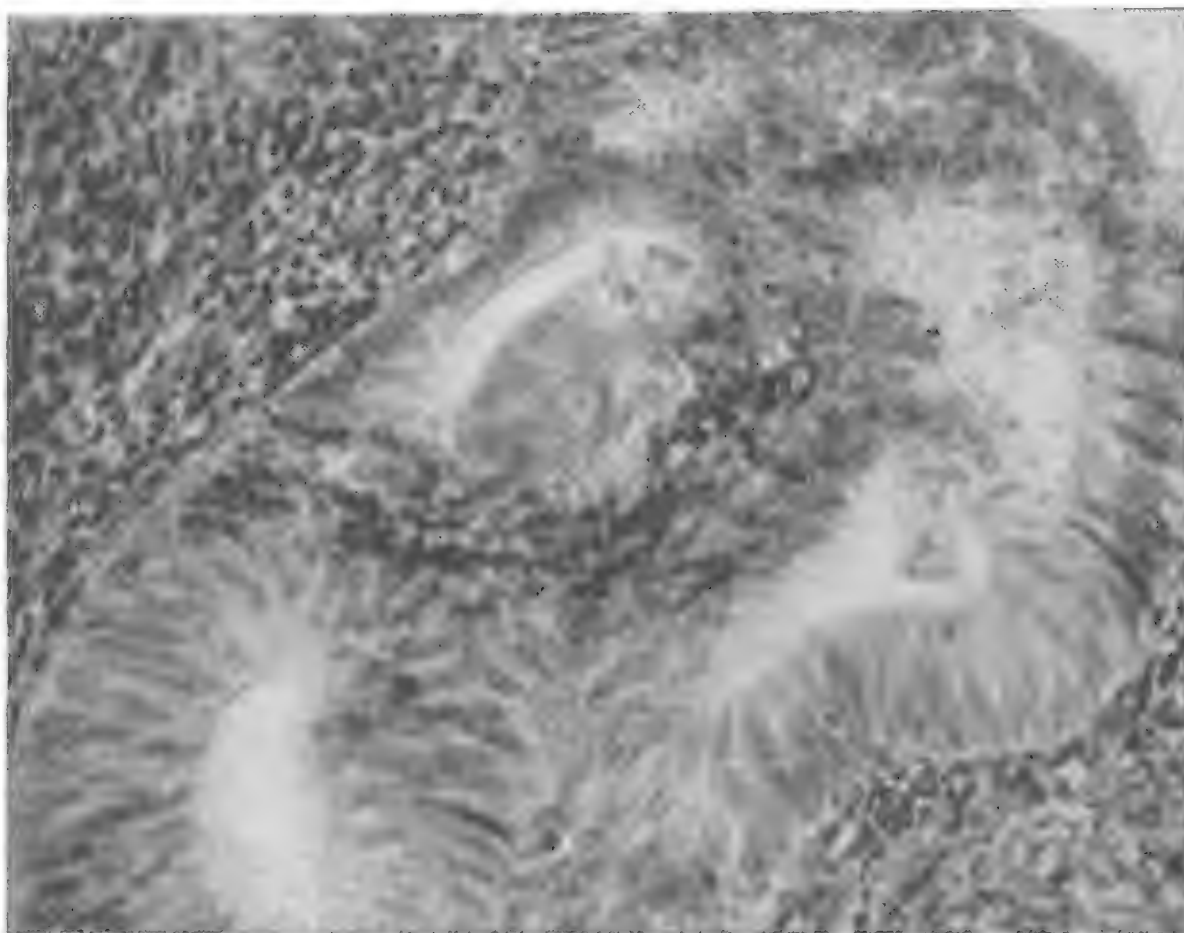


Рис. 19. То же поле зрения. Большое увеличение.

яичника. При большом увеличении виден комплекс клеточных элементов, чрезвычайно сходных с плоскоклеточным эпителием.

У обеих больных микроскопическое строение опухолей яичников представляется необычным и невольно наталкивает на мысль о возможности метаплазии цилиндрического эпителия в плоский, что, однако, категорически отрицается крупными отечественными морфологами (Н. Г. Хлопин, М. Ф. Глазунов, В. П. Михайлов).

Строма раковых опухолей яичников большей частью бывает выражена слабо. М. Ф. Глазунов отмечает, что для рака из цилиоэпителиальных кист более типичной следует считать медуллярную структуру. Однако в некоторых случаях, по М. Ф. Глазунову, может иметь место и резкая пролиферация стромы даже по типу веретенноклеточной саркомы.

На нашем материале среди разнообразных раковых опухолей яичников опухоли с развитой соединительнотканной стромой встречались в 10% случаев, причем данная строма представлялась волокнистой или гиалинизированной. Надо полагать, что волокнистая строма, часто напоминающая собой строму яичника, характерна для рака яичников.

Лейкоцитарная инфильтрация в раковых опухолях яичников встречается редко. На нашем материале в 2 случаях мы имели возможность наблюдать обильную лимфоцитарную инфильтрацию в строме и даже в паренхиме опухоли (рис. 20).

Следует отметить, что больные, у которых в опухоли имелась обильная лейкоцитарная инфильтрация, до операции ничем не лечились и не имели клинических явлений острого воспаления. Таким образом, лейкоцитарная инфильтрация наступила в результате каких-то неясных эндогенных причин. В описанных случаях имело место относительно благоприятное течение болезни. Одна больная, несмотря на вторую стадию поражения, здорова в течение 10 лет. Другая больная оставалась в относительно хорошем состоянии в течение 4 лет, а на 5-м году погибла от диссеминированного рака.

Памятуя об относительно благоприятном влиянии реакции стромы опухоли и, в частности, лейкоцитарной инфильтрации на течение рака шейки матки (А. А. Те-

рехова), можно думать, что и при раке яичников этот феномен имеет некоторое положительное значение.

Часто, особенно в запущенных случаях болезни, в раковых опухолях наблюдаются обширные участки распада с выраженным некробиозом опухолевых клеток. Иногда подобные дистрофические явления стусеивают картину строения опухоли (рис. 21).

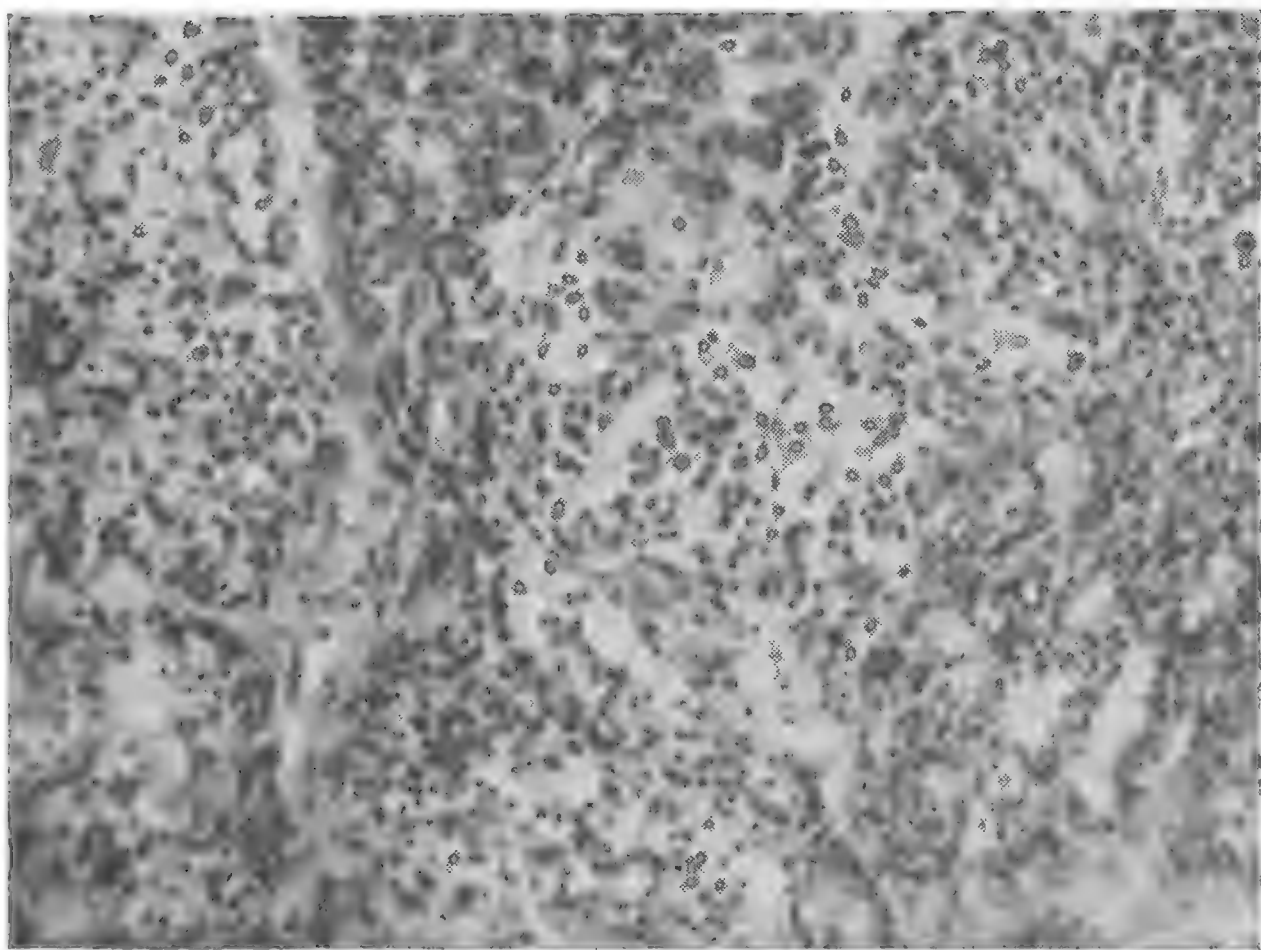


Рис. 20. Раковая опухоль яичника с обильной лимфоцитарной инфильтрацией. Больная 48 лет оперирована по поводу двусторонних опухолей яичников. Здорова 10 лет.

Иногда в раковых опухолях яичников встречаются отложения извести и наблюдается образование псаммоматозных тел (по нашим данным в среднем в 5% случаев). Именно у этих больных раковые опухоли яичников представлялись более зрелыми.

Интересными являются данные о возможности и характере морфологических изменений в раковой опухоли яичника под влиянием облучения. Встает вопрос, имеют ли они вообще место (учитывая малую радиочувствительность железистых раков) и если возникают, то в чем они проявляются.

Морфологические изменения в раковой опухоли шейки матки под влиянием облучения изучены относительно

хорошо. Что же касается раковых опухолей яичников, то работы, в которых были бы описаны изменения опухоли под влиянием облучения, нам неизвестны. Это и понятно, если учесть локализацию первичного очага опухоли при раке шейки матки и при раке яичников. В самом деле биопсия шейки матки может быть произведена повторно в процессе и по окончании лучевого

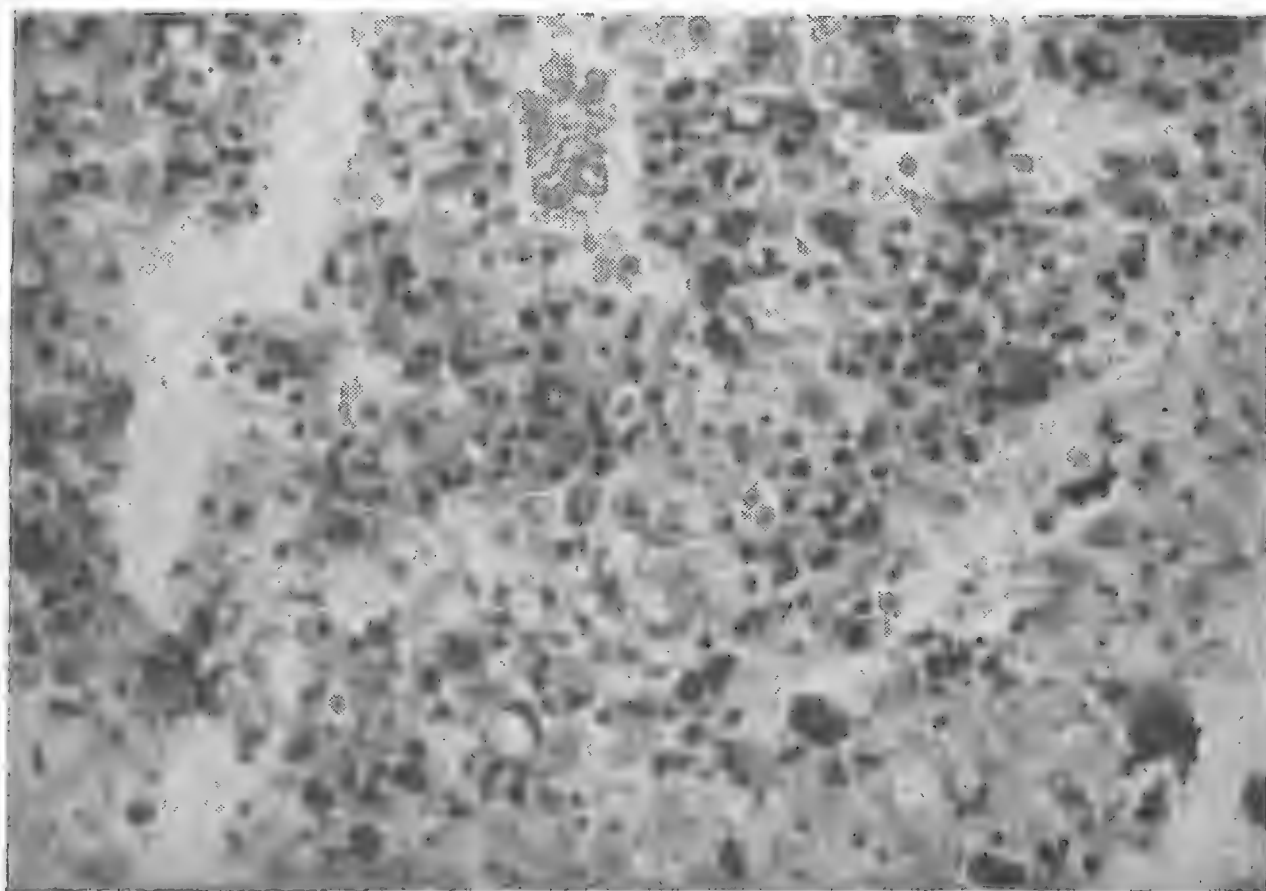


Рис. 21. Участок распада в раковой опухоли яичника. Больная 49 лет оперирована при распространенном раке яичника. Умерла через 7 месяцев после операции.

лечения. Биопсия же из опухоли яичников в процессе лечения почти невозможна, так как она связана со вскрытием брюшной полости. Следовательно, эффективность лучевой терапии при раке яичников оценивается лишь по клиническим данным. Если же до начала лучевого лечения биопсия, подтверждающая точность диагноза рака яичников, не была произведена, то вообще суждение о пользе облучения будет очень сомнительным.

Из сказанного выше понятно, что каждый случай морфологического исследования раковой опухоли яичников до и после лучевого воздействия на нее имел бы большое научное значение.

Можно полагать, что раковые опухоли яичников все же обладают некоторой радиочувствительностью и воз-

можно при усовершенствованной технике облучения и увеличении равномерной прицельной глубинной дозы лучевое лечение при раке яичников займет надлежащее место.

Кроме морфологических изменений в раковой опухоли яичников под влиянием рентгенотерапии, представляет большой интерес изучение морфологических изменений под влиянием радиоактивного золота. В последние годы при запущенном раке яичников в брюшную полость вводят коллоидный раствор изотопа золота (Au^{198}) путем парацентеза брюшной стенки или при чревосечении ее.

Нам удалось найти лишь одну работу с описанием морфологических изменений в раковой опухоли яичника под влиянием радиоактивного золота [Хольцнер (Holzner), 1954]. По данным Хольцнера, участки диссеминированного по тазовой брюшине рака, покрытые слоем радиоактивного золота, претерпевают морфологическое изменение в сторону дегенерации и некробиоза раковых клеток. Следует отметить, что эти данные основаны на наблюдении только за одной больной, случайно погибшей через 5 дней после внутрибрюшного введения радиоактивного золота.

Глава V

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА РАКА ЯИЧНИКОВ

Возраст больных, страдающих раком яичников

Рак яичников возникает чаще в возрасте от 40 до 50 лет. Известны отдельные случаи заболевания раком яичников в более молодом и даже юношеском возрасте. Однако следует подчеркнуть, что рак яичников, описанный в юношеском возрасте, часто является не обычным раком, а какой-либо особой формой злокачественной опухоли яичников. Чаще всего сюда относят дисгерминому, или, как ее называют некоторые авторы, семиному.

По данным Н. А. Воскресенского, 79% больных со злокачественными новообразованиями яичников были старше 40 лет и лишь 5 больных из 63 — моложе 30 лет.

По Гарриману (Harriman, 1941), возраст больных, страдающих раком яичников, обычно бывает старше 5 лет. Ветердаль (Wetterdal, 1949) средний возраст больных раком яичников определял в 50 лет. По данным Дидла (Diddle, 1949), $\frac{3}{4}$ больных, страдающих раком яичников, были старше 40 лет. Грюнбергер проводит наибольшую частоту рака яичников в возрасте 51—56 лет.

По нашим наблюдениям, из 198 больных, страдающих раком яичников, 82% больных были старше 40 лет. Наибольшее число больных, страдающих раком яичников, были в возрасте 41—50 лет (55%). Собственно рак яичников в возрасте моложе 20 лет мы наблюдали лишь в единичных случаях (у 3 из 198 больных).

Наши данные, так же как и литературные, основаны на экстенсивных показателях, которые заключаются в вычислении удельного веса того или иного возраста в пределах изучаемой группы больных раком яичников. Од-

нако известно, что чаще всего с жалобами на гинекологическое заболевание обращаются женщины в возрасте 40—50 лет. Возможно, удельный вес больных данного возраста велик и среди больных, страдающих раком яичников.

Мы полагаем, что при вычислении частоты рака яичников в том или ином возрасте более правильно пользоваться интенсивными показателями, т. е. разграничить общее число больных, обратившихся за гинекологической помощью, по возрастам и выявить процент больных, страдавших раком яичников в той или иной возрастной группе.

Имея сведения о возрастных группах всех больных, поступающих в гинекологический стационар, мы смогли сделать следующие выводы.

Из 100 больных, поступивших в гинекологическое отделение, в возрасте 21—30 лет рак яичников наблюдался в 0,3% случаев, 31—40 лет — в 0,8%, 41—50 лет — в 21%, 51—60 лет — в 4,2%, 61—70 лет — в 5% случаев.

Следовательно, среди больных, обратившихся к врачу-гинекологу, рак яичников встречается чаще всего у лиц более пожилого возраста.

Расстройства менструаций и кровотечения типа метроррагий при раке яичников

Поскольку рак яичников встречается чаще у женщин пожилого возраста, естественно к моменту возникновения этого заболевания большинство из них находятся в периоде менопаузы.

По нашим данным, 65% больных, заболевших раком яичников, находятся в периоде менопаузы, у 35% больных сохраняется менструальный цикл.

В современной литературе не существует единого мнения в отношении расстройств менструальной функции при раке яичников.

Г. М. Кастанаев (1916), Е. С. Аколян (1938) и др. не считали расстройство менструации характерным признаком в заболевании раком яичников и полагали, что менструации при данном заболевании не претерпевают изменений. Однако М. С. Малиновский (1927) указывал, что при злокачественных новообразованиях яични-

ков отправления яичников резко нарушаются и наступают расстройства менструации. Несколько позже И. Л. Брауде (1952) отметил, что симптом нарушения менструальной функции при раке яичников не имеет диагностической ценности и наблюдается далеко не всегда.

На X Отчетной сессии Института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения РСФСР И. Ф. Жордания в докладе на тему «Рак яичников» указал на ряд симптомов, характерных для рака яичников, и первый из них — нарушение менструальной функции.

Надо полагать, что подобное разногласие в отношении нарушений менструальной функции при раке яичников возникло вследствие обычной путаницы — какие опухоли яичников считать раковыми. Если все злокачественные опухоли яичников называть раковыми (в том числе и гормонально-активные), то нарушение менструального цикла как проявление гиперпродукции эстрогенов явится характерным для такого рака яичников. Если же изучать рак яичников в том понимании как мы описали его в начале данной книги, т. е. рассматривать собственно рак яичников, исключая злокачественные опухоли, относящиеся к паренхиме яичников, то разногласий в описании симптомов не будет.

Таким образом, надо полагать, что расстройство менструального цикла нехарактерно для рака яичников и обычно при этом заболевании не встречается. Однако нужно отметить, что на нашем довольно обширном материале (198 больных) у 16% больных на фоне или менопаузы, или сохранившегося менструального цикла имели место неправильные, атипичные кровянистые выделения из матки типа метроррагии. При анализе характера этих выделений нам удалось найти причины, объясняющие эти неправильные кровянистые выделения. В основном они заключались в следующем: 1) метастаз рака яичника в эндометрий, 2) поражение раком маточных труб, когда кровянистые выделения из маточного отверстия труб попадали в полость матки и затем поступали во влагалище и 3) сопутствующие заболевания (фибромиома матки, полипы эндометрия и др.). Выраженной гиперплазии слизистой оболочки матки при раке яичника мы ни разу не обнаружили, хотя в литературе и

имеются указания на такие изменения [Мейгз (Meigs, 1940) и др.].

Таким образом, при заболевании раком яичников мы ни разу не наблюдали выраженной гормональной активности опухоли. По-видимому, раковые опухоли яичников гормональной активностью не сопровождаются и наличие в некоторых случаях неправильных кровянистых выделений объясняется не гормональными сдвигами, а сопутствующими заболеваниями или осложняющими моментами.

Начало менструации и сроки наступления менопаузы, по нашим данным, у больных, страдающих раком яичников, бывают без особых отклонений от нормы.

Клиническая симптоматология рака яичников

Симптомы рака яичников изучались и изучаются до настоящего времени, но тем не менее до сих пор нет четкой клинической картины рака яичников, особенно относящейся к первым стадиям заболевания. Диагностические признаки рака яичников, приводимые в специальных руководствах, обычно характеризуют запущенные формы болезни. Так, М. В. Елкин (1934) приводил следующие признаки, которыми, по его мнению, можно руководствоваться в дифференциальной диагностике между доброкачественными и злокачественными опухолями яичников: двусторонность, плотная консистенция, асцит, быстрый рост, похудание и генитальные кровотечения в климактерическом периоде и периоде менопаузы.

Л. Л. Окинчиц (1937), касаясь диагностики рака яичников, отмечал, что правильная ранняя диагностика здесь часто бывает трудной и даже невозможной.

По вопросу диагностики рака яичников ценной является работа В. С. Фриновского (1951), в которой подытожены симптомы рака яичников в зависимости от стадии заболевания. Это нам кажется более правильным и практически более важным, чем простое перечисление признаков запущенного рака яичников, которые имеют место в руководствах и учебниках.

Многие авторы, как отечественные, так и иностранные, полагают, что начальные стадии рака яичников проходят, как правило, бессимптомно и без каких бы

то ни было жалоб со стороны больной. Этой точки зрения придерживаются Н. А. Воскресенский, А. С. Аноденко и др.

На II Всесоюзной онкологической конференции во многих докладах, посвященных злокачественным опухолям яичников, отмечалась бессимптомность данного заболевания и подчеркивалось, что единственной возможностью рано диагностировать эти опухоли являются профилактические осмотры (Л. И. Ганиева, И. Д. Нечаева и др.).

Однако наши наблюдения и данные некоторых других авторов дают основания полагать, что рак яичников не абсолютно бессимптомен, даже в первых стадиях развития, как это утверждают многие. В. В. Гампер (1955) отмечает, что большинство больных, страдающих раком яичников, не являются к врачу с запущенной болезнью, а до выявления заболевания ошибочно лечатся от других гинекологических болезней. Мунелл и др. (Munnell, 1957) на довольно большом материале (120 больных) подчеркивают, что ранняя диагностика рака яичников заключается не только в профилактических осмотрах, но также и в своевременном и правильном обследовании больных, обращающихся к врачу с теми или иными жалобами. Авторы фиксируют внимание на том, что запущенность рака яичников является следствием не только «бессимптомности» болезни, а иногда и ошибки в диагнозе при первом обращении больной к врачу.

При попытке выявить первые субъективные признаки рака яичников мы установили следующее: 62% больных, страдающих раком яичников, первым субъективным ощущением называют боли. Как правило, в начале заболевания болезненные ощущения не имеют определенной локализации и больные часто указывают на подложечную область, подреберье, область пупка и другие отделы брюшной полости, казалось, не имеющие отношения к органам малого таза. Некоторые же больные совсем не могут определить локализацию болей и жалуются на боли во всем животе. Далее следует отметить, что, почти как правило, первые болевые ощущения бывают неинтенсивны и мало фиксируют на себе внимание больных. При таких болях в большинстве случаев не требуется применять медикаментозных средств, вначале они даже не связаны с нарушением работоспособности. Мно-

гие больные такие ощущения не называют болями, а говорят о «неудобстве где-то в животе». Иногда отмечается некоторая полнота и ощущение в брюшной полости чего-то постороннего, мешающего особенно в некоторые моменты. Интересно, что подобное ощущение наблюдается не только при большом размере опухоли, но и тогда, когда опухоль еще остается в малом тазу и не может оказывать давления на органы брюшной полости.

Несильные ноющие боли без определенной локализации сначала возникают на непродолжительное время (2—3 часа), исчезают и не появляются в течение 3—4—5 дней. Такие непостоянные боли в начале заболевания действительно иногда дают основание больным забывать о них, не обращаться за врачебной помощью и считать эти боли случайным явлением.

Возникновение болей у некоторых больных можно связать с физическим напряжением — ходьбой или актом дефекации. Иногда ощущение полноты и неудобства в животе появляется после приема пищи.

Острые, внезапные боли как первый признак заболевания были отмечены нами у 12% больных. У этих больных, несмотря на тщательный расспрос, не удалось выявить каких-либо жалоб до момента острого приступа. Иногда эти боли проходили довольно быстро, без применения каких-либо медикаментозных средств, иногда же держались 2—3 недели и сопровождались явлениями раздражения брюшины. Интересно, что при этом речь шла не о перекруте ножки опухоли, а о так называемом перифокальном воспалении тазовой брюшины.

Таким образом, болевой синдром как первый признак заболевания раком яичников встречается в 60—65% случаев. При этом боли в брюшной полости имеют неопределенную локализацию, ноющий характер, мало беспокоят больных и появляются периодически на короткий срок. Постепенно боли принимают более постоянный характер, становятся все сильнее и, наконец (через 3—5 месяцев), заставляют больную обратиться к врачу.

А. И. Савицкий (1947) подчеркивает характерное течение ракового заболевания, когда имеет место непрерывное, неделями и месяцами идущее нарастание симптомов болезни. Именно подобное, постепенное усиление

болей и ухудшение самочувствия характерно также и для заболевания раком яичников и может служить дифференциально-диагностическим признаком при этом заболевании.

Некоторые авторы (И. Л. Брауде и др.) указывают на расстройство функции кишечника как на ранний симптом заболевания раком яичников. По нашим наблюдениям, такой симптом не является ранним. В I и II стадиях заболевания раком яичников расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта не бывает. Даже если в начальной стадии заболевания ставится ошибочный диагноз колита, то обычно этот диагноз основывается не на диспепсических данных, а на жалобах больного на боли в брюшной полости с неопределенной локализацией. В III и IV стадиях заболевания, когда опухоль оказывает давление на прямую кишку и распространяется в прямокишечно-маточное углубление, наблюдаются упорные запоры, лентовидный стул и даже явления частичной кишечной непроходимости.

Расстройства мочеиспускания при заболевании раком яичником также наблюдаются обычно в запущенных стадиях заболевания или же при давлении опухоли на мочевой пузырь.

Больные, страдающие раком яичников, довольно долго остаются бодрыми, активными и не производят впечатления тяжелобольных. Такое же первое впечатление производят иногда и больные с запущенным заболеванием.

Телосложение больных, страдающих раком яичников, может быть различным. Полнота и внешние признаки нарушения обмена не являются избирательными для рака яичников, как, например, это бывает при раке тела матки или при фибромиомах.

Больная, страдающая раком яичников, чаще создает впечатление живой, разговорчивой, оптимистически настроенной женщины. Больные редко сразу примиряются с необходимостью подвергнуться операции и в начальных стадиях заболевания часто не дают согласия на нее под различными предлогами.

Большое значение в диагнозе рака яичников, как и при диагнозе любого гинекологического заболевания, имеют данные специального гинекологического обследования. При осмотре больной, страдающей раком яични-

ков в первой стадии заболевания, обычно эти данные бывают малоспецифичными. По существу единственно серьезным объективным признаком при заболевании раком яичников в I стадии является наличие опухолевидного образования в области придатков матки. Чрезвычайно важным является факт, что даже в начале заболевания большей частью опухоль яичника бывает вполне доступна для пальпации. Таким образом, хотя перечисленные выше субъективные признаки нечетки и неспецифичны, но сочетание их с наличием опухоли в области яичника, особенно у пожилой женщины, дает основание заподозрить у нее рак яичников.

В I стадии заболевания раковая опухоль яичника очень напоминает собой кистэпителиому — часто бывает округла, подвижна, безболезненна и имеет кистозную консистенцию. Поскольку рак яичников часто возникает из кистэпителиомы, то в первой стадии заболевания нередко имеет место кистэпителиома яичника с ограниченным раковым участком на внутренней ее стенке. В таких случаях клинические признаки будут полностью соответствовать кистоме и рак яичников можно выявить лишь во время операции. Если же хирург своевременно не вскрыет такую «кисту» и не осмотрит внутреннюю ее поверхность, то рак будет выявлен лишь в патологоанатомической лаборатории.

Расположение раковой опухоли яичника в начальной стадии заболевания может быть различным и, поскольку опухоль остается подвижной, непостоянным. Чаще опухоль имеет тенденцию отклониться в прямокишечно-маточное углубление, где ее легче обнаружить при ректовагинальном или ректальном исследовании. Если (что бывает довольно редко) раковая опухоль яичников не достигает больших размеров, врач-гинеколог, исследуя пожилую полную женщину только брюшностеночно-вагинальным методом, может не обнаружить опухоль, расположенную в прямокишечно-маточном углублении, и дать заключение о благополучном состоянии внутренних половых органов.

В более запущенных стадиях болезни, когда опухоль перешла на маточную трубу и поразила второй яичник или же распространилась по тазовой брюшине, данные объективного обследования бывают более характерными. В таких случаях раковая опухоль яичника уже, как

правило, располагается в прямокишечно-маточном углублении и часто как бы приподнимает собой тело матки, оттесняя его и шейку матки почти под лонное сочленение. Иногда тело матки представляется как бы замурованным двусторонними опухолями яичников и не определяется. При этом данные внутреннего исследования в некоторой степени симулируют фибромиому матки.

При бимануальном исследовании гинекологических больных вообще следует обращать внимание на состояние прямокишечно-маточного углубления и старательно пальпировать его как через задний свод, так и со стороны прямой кишки. Именно в этой области обычно появляются признаки, свидетельствующие о раковой опухоли яичников. Через задний свод и со стороны прямой кишки удастся определить нижние границы опухоли, глубоко вдающейся в свод и часто представляющей собой отдельные, ступенеобразные, неподвижные и умеренно болезненные выросты.

Следует отметить, что подобное состояние заднего свода при раке яичников нередко бывает не вследствие опущенного нижнего полюса опухоли, а вследствие наличия имплантационных метастазов на дне прямокишечно-маточного углубления. Провести дифференциальный диагноз между нижним полюсом бугристой опухоли, вколоченной в прямокишечно-маточное углубление, и имплантационными метастазами иногда бывает трудно.

В запущенных стадиях рака яичников опухоль обычно бывает значительных размеров, выходя за пределы малого таза. Очертания опухоли часто имеют причудливый узловатый характер, консистенция ее представляется неравномерной — то кистозной, то плотной. При двуручном исследовании редко удастся определить опухоли, относящиеся к правому или левому яичнику. Чаше опухоль представляется как бы конгломератной, состоит из нескольких причудливых узлов, спускающихся нижней своей частью до заднего свода, а верхней выступает за пределы малого таза. Подвижность опухолевого конгломерата в запущенных стадиях болезни, как правило, отсутствует и иногда он представляется интимно прилегающим к стенке таза. При этом нередко наблюдаются отек ноги или резкие боли в ноге вследствие сдавления опухолью больших сосудов и нервных сплетений.

Почти во всех руководствах в главе о злокачественных опухолях яичников приводится асцит как абсолютный признак рака яичников. Действительно, в III и IV стадиях заболевания наличие асцитической жидкости было отмечено нами у 80% больных. Однако следует подчеркнуть, что этот признак относится к запущенным, диссеминированным по брюшине стадиям болезни; в первой же стадии заболевания асцит обычно отсутствует.

Кроме того, известно и описано еще в 1911 г. И. А. Валединым, что иногда асцит и скопление жидкости в плевральных полостях бывает и при доброкачественных опухолях яичников. В последующем Мейгз (1943) также отмечал асцит и накопление жидкости в плевральных полостях при некоторых доброкачественных опухолях яичников. Таким образом, асцит нехарактерен для ранних стадий рака яичников. В запущенных же стадиях асцит хотя и встречается часто, но все же не служит абсолютным признаком диссеминированного рака.

Нередко при раке яичников наблюдается повышение температуры тела до 38° и она носит беспорядочный характер — то в виде однократного подъема, то в виде более длительных повышений. Общее самочувствие больных, несмотря на повышенную температуру, остается большей частью удовлетворительным. Сильных локальных болей не наблюдается. По-видимому, такие неправильные повышения температуры зависят от всасывания продуктов распада опухоли, а не от перифокального воспалительного процесса; в последнем случае обычно бывают выражены местные болевые ощущения, и самочувствие больных значительно ухудшается.

Из дополнительных лабораторных методов обследования при подозрении на рак яичников следует обращать внимание на реакцию оседания эритроцитов. Этот признак, не являясь специфичным, все же, по данным ряда авторов (Я. Х. Скуя, 1955; Л. А. Соловьева, 1957), имеет значение в установлении диагноза рака яичников. По нашим данным, даже в первых стадиях заболевания реакция оседания эритроцитов часто бывает ускорена (у 8 из 12 больных). Характерным при этом является отсутствие выраженных болевых ощущений в области малого таза и отсутствие лейкоцитоза. В остальном в клиническом анализе крови, а также при анализе мочи

у больных раком яичников ничего патологического не определяется.

Некоторые авторы (А. В. Хохлов, 1936; Е. Я. Ставская и Д. В. Левина, 1952; Н. А. Кузьмина, 1949, 1954; С. И. Павленко, 1959, и др.) предлагают производить пункцию и пункционную биопсию узлов опухоли через задний свод. Надо полагать, что этот диагностический метод едва ли может быть признан безопасным. Если опухоль лишь вколочена в прямокишечно-маточное углубление, то пункция ее через задний свод может повести к диссеминации процесса на брюшине прямокишечно-маточного углубления. Еще в 1869 г. П. И. Добрынин предостерегал от увлечения пункцией кистозных опухолей, высказываясь, что пробный прокол кисты есть диагностическое средство, вредные последствия которого не уравновешены пользой.

В запущенных стадиях болезни при наличии большого количества асцитической жидкости и необходимости ее эвакуации рекомендуется производить микроскопическое исследование отцентрифугированного осадка этой жидкости. Обычно в осадке при диссеминированном раке удастся различить большое количество атипических клеток и даже целые комплексы и обрывки ткани, которые указывают не только на природу, но и на структуру новообразований (И. А. Глинский и Е. Г. Лебензон, 1954). Особенно важным является микроскопическое исследование осадка асцитической жидкости при дифференциальном диагнозе туберкулезного перитонита и злокачественного новообразования.

Большое значение в установлении диагноза рака яичников имеет рентгенологическое обследование больных и в первую очередь гистеросальпингография, при помощи которой можно иногда провести дифференциальный диагноз между опухолью яичника и опухолью матки и в зависимости от контура опухоли и расположения маточной трубы судить даже о характере опухоли (В. И. Спиров, 1957).

Другим методом рентгенологического исследования больных, к сожалению мало распространенным среди врачей-гинекологов, является рентгенография нижнего отрезка кишечника с введением контрастной массы с помощью клизмы. Расположение петель кишечника и их взаимоотношения с опухолью иногда могут дать ос-

нования к суждению, к какому органу эта опухоль относится и каков ее характер. О. Г. Мацько (1958) отмечает, что рентгенологический метод исследования не только имеет большое значение для выявления первичного очага поражения или вторичных изменений со стороны кишечника, но и способствует дифференциальной диагностике с воспалительными изменениями, что определяет характер лечебных мероприятий. Как видно, автор придает большое значение рентгенологическому исследованию кишечника при раке яичника и возможно даже несколько переоценивает его.

В Государственном онкологическом институте имени П. А. Герцена за последние несколько лет С. Я. Марморштейном и Л. А. Новиковой изучается рентгенографическая картина нижнего отрезка кишечника при опухолях яичников. При знакомстве с материалами можно судить, что при наличии рака яичника взаимоотношения сигмовидной и прямой кишки с опухолью обычно бывают более интимными, чем при доброкачественной опухоли. При миоме матки сигмовидная кишка представляется свободной, легко отходящей от опухоли.

Особенно ценными бывают снимки малого таза при подозрении на рак яичника при одновременном введении контрастной массы в матку трубы и толстый кишечник, а также и воздуха в брюшную полость (пневмоперитонеум).

Подытоживая все сказанное о клиническом течении и симптоматике рака яичников, можно сделать вывод, что признаки рака яичников, особенно в ранних стадиях, бывают выражены очень слабо и к тому же они неспецифичны. Трудно назвать хотя бы один более или менее постоянный, характерный для этой болезни симптом. В результате таких малых и неспецифичных признаков некоторые больные сначала совсем не замечают их, или, замечая, не считают их поводом для обращения к врачу, или, наконец, обращаются за медицинской помощью не к врачу-гинекологу, а к другому специалисту, чаще всего к врачу-терапевту. Наблюдая больных, страдающих раком яичников, мы смогли выяснить, что 20% из них обратились за первой медицинской помощью к врачу-терапевту. Многие из этих больных не были своевременно направлены к врачу-гинекологу, по-видимому, потому, что необходимость обязательного гинекологи-

ческого обследования пожилых женщин еще недостаточно усвоена как самими больными, так и врачами разных специальностей.

Следовательно, первые признаки рака яичников мало заметны как для больной, так и для врача, однако можно утверждать, что они существуют и называть рак яичников абсолютно бессимптомным заболеванием, даже в первых стадиях, нет никаких оснований.

Отдельных характерных симптомов для раковой опухоли яичников не существует, однако сопоставление всех незначительных явлений и симптомов, в их взаимосвязи и развитии с учетом данных анамнеза и дополнительных лабораторных анализов может привести к установлению правильного диагноза или во всяком случае к подозрению на заболевание раком яичников.

В огромном большинстве случаев окончательный диагноз рака яичников устанавливается при чревосечении. Таким образом, операция будет являться заключительным этапом в установлении рака яичников. Это положение должно быть твердо осознано каждым практическим врачом. Отступление от этого правила, расчет на длительное выжидание до появления более ясных, четких симптомов рака яичников очень опасно и, как правило, приводит к запоздалому диагнозу, когда надежд на излечение остается очень мало или же совсем их нет.

Первым и наиболее постоянным признаком рака яичников в первых стадиях является наличие опухолевидного образования в области придатков матки. Этот признак, в сопоставлении с другими, имеет большое значение в предположительном диагнозе рака яичников. Если больная с «опухолью» придатков матки пожилого возраста или, чаще, находится в периоде менопаузы и при этом у нее имеются незначительные, с ее точки зрения, небольшие ноющие боли в животе без определенной локализации, отдельные приступы более острых, но быстро заканчивающихся болей, а также некоторое общее недомогание, врач обязан заподозрить рак яичников. Ускоренная реакция оседания эритроцитов, отдельные повышения температуры без наличия резких болей усугубляют это подозрение и говорят о немедлен-

ной операции чревосечения для подтверждения диагноза и удаления опухоли.

Само собой разумеется, что не обязательно наличие всех перечисленных признаков при раке яичников ранней стадии. У некоторых больных реакция оседания эритроцитов может оставаться в пределах нормы, повышения температуры не наблюдается и самочувствие больной не изменяется. Пожилой возраст больной также не есть обязательное условие для возникновения рака яичников. В известном проценте случаев рак яичников может иметь место и у более молодых женщин, при этом овариально-менструальный цикл у них не бывает нарушен.

Признаки рака яичников в запущенных стадиях болезни значительно более специфичны. Бугристая неподвижная опухоль в малом тазу спускается нижним своим полюсом в прямокишечно-маточное углубление в виде ступенеобразных, неподвижных выростов, приподнимает матку к передней брюшной стенке, сопровождается асцитом и иногда явлениями частичной непроходимости кишечника и отеком ноги. Такая опухоль характерна для рака яичников и диагноз рака яичников может быть поставлен с большой долей вероятности.

Опыт показывает, что пока в большинстве случаев рак яичников именно и диагностируется в запущенных стадиях болезни. По нашим данным, так же как и по данным ряда иностранных и отечественных авторов, у 60—70% больных, страдающих раком яичников, при поступлении в гинекологический стационар обнаруживается III стадия заболевания. Лишь у 5% больных при поступлении в стационар обнаруживается I стадия болезни. Эти цифры указывают на большое неблагополучие в деле выявления рака яичников в первых стадиях заболевания. В гинекологические стационары поступают больные раком яичников обычно лишь в запущенной стадии заболевания. При первых же признаках заболевания больные находятся под наблюдением поликлиник, женских консультаций и лечатся от самых различных заболеваний или бесконечно обследуются у различных врачей-специалистов. Подобное положение является нетерпимым, и в число первоочередных задач нужно включить борьбу за раннее выявление больных, страдающих раком яичников.

Пути распространения рака яичников

Для рака яичников характерно три типа распространения: 1) непосредственный рост опухоли с последующим прорастанием капсулы ее и переходом на соседние органы; 2) диссеминация процесса по тазовой и брюшной полости; 3) метастазирование по основному лимфооттоку.

Проращение раковой опухоли яичника через капсулу и вовлечение соседних органов в конгломерат опухоли чаще возникает не сразу, а лишь спустя некоторое время после существования относительно подвижной опухоли. При непосредственном распространении рака яичников в первую очередь захватывается маточная труба, затем рак переходит на серозный покров матки и матка как бы замуровывается между опухолями. Будучи опущена в прямокишечно-маточное углубление, раковая опухоль яичника иногда прорастает в просвет прямой кишки, в область заднего свода влагалища или даже в надвлагалищную часть шейки матки.

При псевдомежсвязочном или истинном межсвязочном расположении опухоли возможно в процессе роста раковой опухоли яичника довольно быстрое распространение ее на тазовую клетчатку в область больших сосудов. Непосредственное проращение раковой опухоли яичника в мочевой пузырь также может иметь место, но встречается редко. Следует подчеркнуть, что непосредственное проращение рака яичников в соседние полостные органы чаще бывает в запущенной стадии болезни, когда излечить больную уже невозможно.

Другой, практически более важный тип распространения раковой опухоли, характерный для рака яичника,— это диссеминация по тазовой и брюшной полости. В первую очередь обычно поражаются тазовая брюшина (особенно на дне прямокишечно-маточного углубления и по широким связкам), затем сальник, брюшина кишечника, а также и париетальная брюшина передней брюшной стенки. Опухолевые узлы при этом могут быть мелкими, иногда даже не больше просяных зерен, и при операции остаться незамеченными. В таких случаях стадия распространения процесса ошибочно расценивается как I или II.

Таким образом, отдельные диссемины, а иногда и обширная диссеминация встречаются в кажущейся начальной стадии заболевания. Еще К. П. Улезко-Строганова (1913) отмечала, что диссеминация рака яичников может быть без явного прорастания капсулы первичного узла. Ею описаны случаи, когда в яичниках констатировались лишь резко пролиферирующие кистэпителиомы, участков же типичного рака в них даже не было обнаружено и тем не менее у таких больных отмечались плотные опухолевые узлы на висцеральной брюшине и в большом сальнике, микроскопически имевшие строение типичного метастатического рака.

Каков механизм возникновения диссеминации в брюшной полости при раке яичников, до сих пор не установлено. По этому вопросу имеются две концепции: 1) диссеминация путем имплантации комплексов раковых клеток, которые могут отрываться от основной опухоли или даже пропотевать через истонченную (но целую на вид) капсулу опухоли; попадая в брюшную полость, эти комплексы прививаются в различных участках брюшины; 2) диссеминация лимфогенным путем, в основе которого лежит чрезвычайно богатое снабжение брюшины лимфатическими сосудами при наличии лимфатических щелей и анастомозов с лимфатическими путями яичников.

По нашему мнению, первая точка зрения более достоверна. Некоторые клинические наблюдения подтверждают ее. Например, при повторных пункциях брюшной стенки очень часто на месте прободения брюшины троакарном возникают имплантационные узлы, выступающие в брюшную полость в виде сталактитов. Однако следует заметить, что имеется немало сторонников и второй точки зрения — о лимфогенном происхождении диссеминов. К числу их, например, принадлежит крупнейший отечественный специалист по вопросам метастазирования Б. В. Огнев.

Что касается третьей точки зрения — метастазирования по основному лимфооттоку, — то оно наблюдается почти как правило. Однако некоторые авторы считают, что оно появляется поздно и раковая опухоль яичника долго остается локальной [Новак, 1947; Офут (Offutt), 1932; Гуделл (Goodall), 1942, и др.], другие же полагают, что метастазирование рака яичников идет быстро [Вир-

гилл (Wirgill), 1942; Кроссен (Crossen), 1953; и др.]. Мюлонже (Moulonguet) с соавторами (1954) отмечает, что метастазы в отдаленные органы всегда указывают на безнадежность прогноза, тогда как при обсеменении брюшины возможен и благоприятный исход. С этим нельзя согласиться. Мы на нашем материале могли убедиться, что если речь идет действительно о диссеминации рака по брюшине, то в лучшем случае можно надеяться на оттяжку смертельного исхода и на временное улучшение, благоприятного же исхода при этом мы ни разу не наблюдали.

Лимфатические пути, по которым оттекает лимфа от яичника, чрезвычайно обширны и имеют большое количество анастомозов с лимфатическими путями различных органов.

По своему эмбриональному развитию яичник имеет сосудистые связи с верхними фрагментами брюшной полости.

Лимфоотток яичника в основном идет параллельно яичниковой вене и вливается в основное русло довольно высоко. Таким образом, регионарные лимфатические узлы яичника располагаются высоко, в околопочечной области. Вся основная лимфа от яичника, пройдя по существу лишь один барьер (регионарные лимфатические узлы околопочечной области), довольно быстро поступает в главный лимфатический проток.

Следовательно, можно полагать, что метастазирование рака яичников, если оно идет по основному лимфооттоку, может распространяться в верхние отделы брюшной и даже грудной полости. В самом деле оказывается, что метастазы рака яичников в плевральную полость и в надключичные лимфатические узлы (большей частью слева) бывают довольно часто и нередко в кажущейся первой стадии заболевания.

Кроме указанного основного лимфооттока, лимфа от яичника может оттекать и в другие области (в поясничные и аортальные лимфатические узлы), в иликальные лимфатические узлы, а также и в паховую область. Б. В. Огнев подчеркивает, что яичник стоит на первом месте как орган, имеющий разбросанность регионарных лимфатических узлов по всем фрагментам брюшной полости и как орган с чрезвычайно обширным анастомозированием лимфатических путей. Следовательно, мож-

но полагать, что и по обширности метастазирования в самые разнообразные, часто отдаленные области рак яичников будет стоять на первом месте среди других злокачественных новообразований.

Из доступных для пальпации лимфатических узлов наиболее часто при раке яичников поражаются лимфатические узлы паховой области и надключичные. Обследование этих лимфатических узлов при подозрении на рак яичников обязательно. Из отдаленных органов метастазами нередко поражаются легкие и плевра и поэтому при опухолях яичников необходимо регулярное рентгенологическое исследование грудной клетки.

Классификация рака яичников по степени распространения процесса

Унификация понятий о степени распространения ракового процесса имеет большое значение для взаимного понимания работающих в этой области исследователей и для оценки результатов того или иного вида лечения. При раке яичников, когда методы лечения еще полностью не выработаны, это является особенно важным. В самом деле для решения вопроса об эффективности того или иного метода лечения нужны точные сведения о степени запущенности заболевания, при которой применялось данное лечение. Известно, как малоэффективен любой метод лечения при запущенной стадии заболевания. Если же степень запущенности заболевания будет определяться каждым исследователем по разным признакам, то и сравнение полученных результатов лечения станет невозможным.

В сборнике инструкций по вопросам организации онкологической помощи, профилактики, диагностики, лечения злокачественных опухолей (1956) имеется классификация по стадиям распространения злокачественных опухолей яичников. В данной инструкции приведены следующие критерии для определения степени распространения ракового процесса.

Стадия I — опухоль находится в пределах одного яичника и без метастазов.

Стадия II — опухоль вышла за пределы яичника, поражая второй яичник, матку, одну или две трубы.

Стадия III — опухоль распространилась на париетальную тазовую брюшину. Наблюдаются метастазы в регионарные лимфатические узлы, в сальник.

Стадия IV — опухоль яичников прорастает соседние органы: мочевой пузырь, прямую кишку, петли кишок с диссеминацией по брюшине за пределами малого таза или с метастазами в отдаленные лимфатические узлы и внутренние органы. Асцит.

Эта классификация является обязательной в медицинской практике.

Следует отметить, что ценность приведенной классификации снижается, поскольку она касается всех злокачественных опухолей яичников вместе. Однако распространение многих из них идет по-разному. Так, если при раке яичников метастазирование его в сальник или брюшную полость является закономерным, то при других злокачественных опухолях яичника (например, при гранулезобластоме или дисгерминоме) подобное метастазирование не является характерным.

В иностранной литературе нет единой общепринятой классификации рака яичников по степени распространения процесса. Каждый автор по-своему определяет запущенную стадию рака яичников, характеризуя степень запущенности теми или иными признаками. В большинстве случаев критерием определения запущенности рака служит признак оперативной удаляемости опухоли [Хендерсон и др. (Henderson a. oth.), 1957; Герленд и др. (Garland a. oth.), 1951]. Некоторые из английских авторов приняли классификацию по Хеймену (Heuman, 1929), которая заключается в следующем. Стадия I характеризуется возможностью оперативно удалить опухоль и все имеющиеся диссеминаты; II стадия — первичные опухоли удалимы, но диссеминаты оставлены; III стадия — рецидивы, IV стадия — неоперабельные случаи или наличие отдельных метастазов.

Немецкий автор Грюнбергер (1950) делит рак яичников по степени распространения на три стадии: I — радикальная операция возможна; II — паллиативная операция возможна; III — только пробная операция.

Американские авторы Латур и Дэвис (Latour a. Davis, 1957) приводят следующую классификацию рака яичников: I стадия — поражен только один яичник; II стадия — капсула опухоли проросла или нарушена во

время операции; опухоль в слайках, но без видимых диссеминатов; II — поражены оба яичника, но без прорастания капсулы; III стадия — диссеминаты в малом тазу; IV стадия — диссеминаты и в брюшной полости; IVa стадия — метастазы в печень.

Некоторые американские авторы приняли классификацию по Хельселю (Helsel, 1946), согласно которой в I стадии опухоль ограничена одним яичником; во II стадии опухоли двусторонние, возможно с прорастанием капсулы, но подвижные, в III стадии опухоли неподвижные, с прорастанием капсулы, возможно с единичными диссеминатами или с разрывом капсулы; в IV стадии неподвижные опухоли с обширным диссеминированием и метастазированием.

Как видно, все приведенные выше классификации в достаточной степени разноречивы, в них отсутствуют признаки асцита, метастазы в сальник и другие органы. Надо полагать, что классификация по Хельселю наиболее удачна и близка к описанной выше отечественной классификации.

Ошибки при установлении диагноза рака яичников и дифференциальная диагностика

Известно, что на современном этапе развития клинической онкологии выявление ракового заболевания на ранних стадиях его развития имеет огромное значение и является одним из краеугольных камней успешного лечения. Для улучшения дела ранней диагностики рака необходим детальный анализ причин запущенности заболевания в каждом отдельном случае и обобщение их на большом материале.

Можно полагать, что одной из основных причин позднего выявления рака яичников является диагностическая ошибка при первом обращении больной к врачу, ведущая к неправильному лечению и к неправильной тактике. Кроме того, необоснованное консервативное отношение врачей к опухолям женских половых органов, в результате чего заключительная часть диагноза — чревосечение — откладывается на неопределенный срок.

По нашим данным, поздняя обращаемость больных за медицинской помощью, как одна из причин запущенности рака яичников, играет значительную, но не един-

ственную роль. Так, 70% больных, страдающих раком яичников, обращаются к врачу не позднее чем через 2 месяца после появления первых признаков болезни. Тем не менее сроки от первого обращения до выявления болезни и начала правильного лечения у большинства больных бывают очень растянуты. По нашим данным, лишь 27% больных, страдающих раком яичников, получают правильное лечение не позднее чем через 2 месяца после первого обращения к врачу. У 73% больных срок от первого обращения до установления диагноза и начала лечения очень продолжительный.

При первом обращении больных, страдающих раком яичников, ставят обычно самые разнообразные, нередко далекие от истины диагнозы. В результате этого начало правильного лечения затягивается на большой срок и начинается оно лишь в запущенной стадии болезни.

Нами выявлены следующие диагнозы, поставленные при первом обращении больной к врачу (см. таблицу).

Первичный ошибочный диагноз	Всего боль- ных	Из них оперировано	
		меньше чем через 2 месяца	с большим опозданием
Опухоль яичника (киста, кистома, фиброма и злокачественные опухоли яичников)	47	20	27
Фибромиома матки	23	6	17
Воспалительный процесс придатков матки	10	0	10
Туберкулез брюшины и придатков матки	3	0	3
Прочие гинекологические заболевания	5	2	3
Заболевания женских половых органов не диагностировались (отклонений со стороны половых органов не было обнаружено)	7	0	7
Терапевтическое заболевание	14	0	14
И т о г о	109	28	81

Из приведенной таблицы видно, с какими заболеваниями чаще всего смешивается рак яичников, и, следовательно, с какими заболеваниями следует дифференцировать раковую опухоль.

Многие ошибочные первичные диагнозы у больных, страдающих раком яичников, относятся к гинекологическим заболеваниям, так или иначе все равно требующим оперативного вмешательства, и тем не менее оно не выполняется своевременно. При этом следует отметить, что отказ от оперативного вмешательства и применение консервативного лечения плохо обосновывается лечащими врачами и в большинстве случаев в истории болезни совсем не приводится.

В этом аспекте заслуживают особенного внимания больные, у которых при первом обращении к врачу определяется та или иная опухоль яичника и тем не менее, несмотря на явные показания, операция сразу не производится. При изучении причин поздней операции выясняется, что большой помехой в оперативном вмешательстве является недостаточно четкое требование врача о немедленной операции. Особенно вредным является термин «несрочная операция», употребляемый иногда врачами в беседе с больной. В ряде случаев больные, услышав о «несрочной операции», откладывают ее на неопределенное время, считая, что они этим не нарушают совета врача.

Кроме того, вследствие отсутствия твердых установок, иногда тактика врачей бывает противоречивой — один врач высказывается за необходимость операции, тогда как другой считает возможным проводить консервативное лечение. Как известно, последнее всегда бывает наиболее приемлемым для больных, и они охотно уклоняются от операции.

Как уже упоминалось, при первом обращении к врачу больных, страдающих раком яичников, почти в половине случаев ставится диагноз той или иной опухоли яичника. До операции отличить кистэпителиому или фиброму яичника от рака представляется довольно трудным и особенно в первой стадии заболевания, когда раковая опухоль бывает подвижной и односторонней. При этом некоторое значение может иметь улавливание незначительных субъективных признаков, описанных выше, а также ускорение реакции оседания эритроцитов, без возможности объяснить это явление сопутствующим заболеванием.

Возникновение опухоли и быстрый рост ее у женщин пожилого возраста также может настораживать врача в от-

ношении рака яичников. Так или иначе, но в I стадии заболевания по клиническим признакам с уверенностью дифференцировать рак яичника от какой-либо другой опухоли этого органа почти невозможно. Следовательно, заключительным этапом дифференциальной диагностики между любой опухолью яичника и раковой опухолью является чревосечение. Именно на операции по поводу той или иной опухоли яичника следует помнить об этом и доводить дифференциальный диагноз до конца.

Возникает вопрос, каким же способом на операции можно довести дифференциальный диагноз до конца между кистэпителиомой и раковой опухолью яичника. Самым важным условием для выполнения этого правила является онкологическая настороженность врача-хирурга и ясная осведомленность о том, что всякая опухоль яичника и в первую очередь кистозная может быть раковой опухолью или же содержать небольшой раковый участок на внутренней своей поверхности. Если это правило твердо осознается всеми врачами-хирургами, то во время операции теми или иными дополнительными методами рак яичника всегда будет установлен. В настоящее время, как показывает изучение больных, страдающих раком яичника, еще нередки случаи, когда больную оперируют по поводу той или иной кистэпителиомы и во время чревосечения не устанавливают, что опухоль подозрительна на наличие раковой. Вследствие этого диагноз устанавливается лишь после операции в патологоанатомической лаборатории. В таких случаях (об этом будет описано более подробно ниже), если не принять срочных мер, рецидив заболевания почти неизбежен, и через довольно короткий промежуток времени врач обнаруживает у больной в лучшем случае опухоль второго яичника, а в худшем — диссеминацию процесса.

Таким образом, при онкологической настороженности врача-хирурга во время операции диагноз рака яичников первой стадии может и должен быть установлен. Вскрыв брюшную полость и установив анатомические взаимоотношения органов малого таза, следует отсечь кистозную опухоль яичника обычным способом и после этого вскрыть «кисту» и показать хирургу внутреннюю ее поверхность. Во многих случаях уже по макроскопи-

ческому виду вскрытой опухоли можно отвергнуть или же подтвердить диагноз рака яичника. Если на внутренней поверхности стенки имеются распадающиеся выросты сероватого цвета, легко превращающиеся в кашицеобразную массу, диагноз рака яичника почти несомнен. При наличии плоских уплотнений в стенке «кисты» раковый ее характер сомнителен. Если же внутренняя стенка «кисты» представляется гладкой, то диагноз рака яичников маловероятен.

Если речь идет о кистэпителиоме сосочкового строения, то дифференциальный диагноз между кистэпителиомой и раком яичника даже во время операции представляется трудным (стр. 34).

В Государственном онкологическом институте имени П. А. Герцена (И. М. Райхман и Г. И. Юрин, 1934) принято называть кистэпителиомы сосочкового строения «злокачественными папиллярными цистаденомами» (*cystadenoma papillarae malignum*). Согласно работам Г. Э. Корицкого, в институте принята концепция о происхождении этих новообразований из брюшинного эндотелия и родственного ему покровного эпителия яичников.

Пролиферирующая сосочковая кистэпителиома не только похожа внешне на раковую опухоль яичников, но нередко (в 50% случаев, по Пфанненштилю; в 31,6% случаев по Аллану и Гертигу) она переходит в раковую опухоль. В некоторых случаях этот переход может наблюдаться лишь на отдельных небольших ограниченных участках. Переход пролиферирующей сосочковой кистэпителиомы в раковую опухоль может возникнуть очень быстро или же длиться годами. Имеют место случаи, когда больную оперируют по поводу двусторонней диссеминированной сосочковой кистэпителиомы яичников и отмеченные, но не удаленные очаги опухоли не дают себя знать в течение 5 и даже 10 лет. В конечном же итоге из этих очагов возникает карцинома и в конце концов больная погибает от рака.

Следует отметить, что не только пролиферирующая сосочковая кистэпителиома переходит в рак, но и псевдомуцинозная кистэпителиома железистого строения при активной пролиферации клеточных элементов также может перейти в рак (по Пфанненштилю в 8% случаев; по Аллану и Гертигу в 15% случаев). При этом в такой

псевдомуцинозной аденокистоме появляются сосочковые выросты, покрытые раковыми клетками или же раковые клетки выстилают железистоподобные полости.

Как уже упоминалось, многие авторы вообще полагают, что рак яичников всегда возникает из кистэпителиомы чаще папиллярного строения. Практически это указание имеет большое значение, так как оно ставит пролиферирующие кистэпителиомы, особенно сосочкового строения, в ряд предраковых состояний и заставляет врача-хирурга настораживаться в отношении каждой кистэпителиомы яичника.

В клинических условиях при выполнении операции по поводу той или иной кистэпителиомы яичника следует для дифференциальной диагностики пользоваться срочным микроскопическим исследованием кусочков опухоли, а не ограничиваться одним только осмотром опухоли на разрезе.

Рак яичников смешивают не только с кистэпителиомами, но нередко, как это указывалось на стр. 77, и с другими заболеваниями, например с фибромиомой матки. По нашим данным, при первом обращении к врачу у 21% больных, страдающих раком яичников, ошибочно была диагностирована фибромиома матки.

Большей частью у этих больных наблюдались запущенные стадии болезни. Нами выявлено, что причина данной диагностической ошибки заключалась в первую очередь в недооценке жалоб больной. Обычно такие больные, особенно женщины пожилого возраста, жалуются на небольшие боли и тяжесть в животе, легкое недомогание, иногда беспорядочные повышения температуры. Однако в ряде случаев эти жалобы выявляются лишь при тщательном расспросе, сама же больная, без соответствующих наводящих вопросов не фиксирует внимания на этих симптомах. Миома матки у женщин пожилого возраста, если в ней не обнаружено вторичных изменений, должна быть действительно бессимптомной, т. е. не вызывать никаких, даже незначительных, жалоб, и только в этих случаях можно не прибегать к операции, оставив больную под наблюдением. Если же в периоде менопаузы миома матки вызывает какие-либо, даже незначительные, неприятные ощущения, должна быть рекомендована безотлагательная операция.

Кроме недооценки жалоб больной, при дифференциальной диагностике между раком яичника и фибромиомой матки, следует принимать во внимание данные лабораторных анализов и данные объективного исследования. В первом случае необходимо обращать внимание на анализ крови, при котором реакция оседания эритроцитов часто бывает значительно ускорена (30—40 мм в час) без выраженного лейкоцитоза и без сильных локализованных болей.

Данные объективного обследования при фибромиоме матки и при раке яичников имеют явное различие, но при беглом однократном осмотре этого различия можно и не уловить. Следует отметить в первую очередь, что при раке яичника не часто удается пальпировать отдельно тело матки, и большей частью оно представляется как бы замурованным между опухолями придатков. В таких случаях сказать, из какого органа исходит опухоль, бывает трудно.

При наружной пальпации брюшных стенок опухоль часто определяется над лоном и обычно при раке яичников она не имеет везде четких границ и нередко бывает неравномерной консистенции. При пальпации отмечается некоторое напряжение прямых мышц живота. Во время перкуссии часто обнаруживается асцитическая жидкость. При двуручном исследовании обращает на себя внимание малая подвижность опухоли. Особенно нечеткими представляются боковые поверхности такой опухоли, которые как бы переходят на стенки малого таза. При фибромиоме матки, как известно, опухоль большей частью сохраняет подвижность, свойственную матке; кроме того, при неосложненном течении фибромиомы боковые поверхности матки бывают довольно четкими, плотными, с ясными контурами.

Особенное значение имеет состояние заднего свода. При раке яичников опухоль большей частью бывает опущена глубоко в прямокишечно-маточное углубление, вдаваясь в задний свод и просвет прямой кишки. Нижний полюс опухоли пальпируется в виде неподвижных ступенеобразных выростов в заднем своде, покрытых неизменной слизистой влагалища. При фибромиоме матки подобная картина наблюдается очень редко. Большой частью неосложненная фибромиома матки располагается кпереди, сдавливая при своем росте мочевой

пузырь. В задний свод миомы матки отклоняется сравнительно редко.

Как показывает анализ причин диагностических ошибок в сторону миомы матки при раке яичников, большое значение имеют все перечисленные выше моменты. Кроме того, врачи не всегда принимают во внимание динамику развития заболевания: возникновение опухоли в периоде менопаузы, ее быстрый рост, постепенное нарастание болей — все это признаки, не характерные для фибромиомы матки.

Для улавливания всех перечисленных нечетких и неспецифических признаков недостаточно однократного исследования. Желательно, чтобы повторные осмотры проводились через короткий срок (2—3 дня) при тщательно очищенном кишечнике и наличии клинических анализов.

Надо полагать, что при учете всего описанного выше подобной ошибки в установлении диагноза (диагноз фибромиомы матки вместо рака яичника) можно избежать. Если же дифференциальная диагностика настолько трудна, что с уверенностью сказать о принадлежности опухоли к матке невозможно, то заключительным этапом диагностики должно быть чревосечение. Следует отметить, что фибромиомы матки, вызывающие какие-либо из описанных выше симптомов, подлежат удалению, так как они представляются осложненными. Таким образом, для больной чревосечение как заключительный этап диагностики в то же время будет и лечебным. Встанет вопрос лишь о характере операции, который будет решен при открытой брюшной полости.

Еще одно заболевание, нередко смешиваемое с раком яичников, — это воспалительный процесс придатков матки. Трудности дифференциальной диагностики между раком яичников и воспалением придатков матки давно отмечались и отмечаются до сих пор многими авторами [Ветердаль (1949), Зибке (Siebke), 1951, и др.]. Однако почти во всех работах, посвященных этому вопросу, недостаточно четко указаны признаки, на основании которых можно было бы провести дифференциальный диагноз.

Л. Л. Окинчиц (1922), подчеркивая трудность решения этого вопроса, указывал на значение анамнеза и неравномерность консистенции опухоли при раке яичника.

Н. А. Кузьмина (1949 и 1954) при дифференциальной диагностике подчеркивает значение возраста: в молодом возрасте чаще имеет место воспаление придатков матки, в пожилом — новообразовательный процесс. Автор предлагает при дифференциальной диагностике применять методы провокации и расширение показаний к оперативному лечению воспалительных процессов придатков матки. Если последнее надо признать совершенно справедливым, то с первым никак нельзя согласиться, так как некоторые методы провокации воспаления будут стимулировать рост и распространение рака, ухудшая условия для лечения и прогноза.

Можно провести дифференциацию между острым воспалением и раком яичников. Острое начало, молодой возраст больной, резкие боли, высокая температура, лейкоцитоз и общее тяжелое состояние характерны для острого воспалительного процесса придатков матки (чаще всего гонорейного происхождения). При раке яичников, как это указывалось выше, заболевание начинается постепенно, без резких болей, без лейкоцитоза, при общем удовлетворительном состоянии.

Иногда рак яичников действительно возникает как бы остро при явлениях раздражения брюшины и общем тяжелом состоянии больной. Это наблюдается обычно в случаях какого-либо осложнения бластоматозного процесса, а именно — нарушения капсулы опухоли, вспышки реактивного острого воспаления вокруг опухолевого очага или перекрута ножки опухоли.

Если при острых проявлениях рака яичников преобладают явления перекрута ножки опухоли, тактика в отношении больной решается сравнительно легко — показано срочное чревосечение. Однако во время операции будучи онкологически настороженным, хирург закончит дифференциальную диагностику. Осмотрев удаленную опухоль, он или отвергнет диагноз рака яичника, или же подтвердит его.

При отсутствии же ясных симптомов перекрута ножки опухоли, но при наличии лишь симптомов острого воспаления в малом тазу эта дифференциальная диагностика, а главное, правильная тактика в отношении больной, становится очень затруднительной. В таких случаях тщательно расспрашивая больную, иногда удается установить, что заболевание началось не внезапно,

а острым явлениям предшествовали незначительные ноющие боли, общее недомогание или еще какие-либо жалобы, на которые больная не обращала особого внимания. Нередко приходится лечить больную от острых воспалительных явлений в течение 2—3 недель соответствующими мероприятиями и после стихания острых явлений опять возвращаться к уточнению диагноза, т. е. стремиться установить причины острого воспаления. Особенно подозрительным в отношении бластоматозного процесса является «острое воспаление придатков матки» у женщин пожилого возраста и в периоде менопаузы.

При дифференциальной диагностике между хроническим воспалением придатков матки и раком яичников можно пользоваться данными анамнеза. У больных, страдающих хроническим воспалением придатков матки, большей частью в отдаленном анамнезе были острые периоды болезни с типичной клинической картиной. Чаше заболевание у них впервые возникает остро, а затем переходит в хроническую форму и с течением времени, особенно с наступлением менопаузы, все меньше и меньше беспокоит больную. При раке яичников заболевание наступает большей частью постепенно и в дальнейшем все больше и больше беспокоит больную.

Говоря о дифференциальной диагностике рака яичников и хронического воспаления придатков матки, нельзя не остановиться на лечении хронических аднекситов вообще. Как известно, в клинической гинекологии лечение при аднекситах обычно проводят в так называемом холодном периоде, активной физиотерапией, часто в курортных условиях. Таких больных в практике каждого гинеколога встречается очень много. Встает вопрос о границах применения активной физиотерапии при хронических аднекситах. Это, как ни странно, имеет отношение и к возникновению опухолей внутренних половых органов, в частности, к раку яичников.

Исходя из теоретических предпосылок, можно себе представить, что вообще при хроническом воспалении под влиянием активной гиперемии, особенно при наличии гиперпродукции эстрогенов (что нередко наблюдается в климактерическом периоде), легко может возникнуть новообразование. Подобные обстоятельства нередко имеют место при активной физиотерапии хронического

аднексита в возрасте после 40 лет. Следовательно, в пожилом возрасте не следует увлекаться активной рассасывающей терапией при хронических аднекситах.

Надо полагать, что хронические воспалительные процессы придатков матки следует лечить активной физиотерапией до известного предела. Этот предел характеризуется различными признаками и в том числе возникновением тубоовариального ретенционного мешотчатого образования. Если такая опухоль обнаружена у больной, у которой давно прошел острый период воспаления, или у пожилой женщины в начале менопаузы, рассасывающая терапия должна быть прекращена, так как она будет лишь стимулировать увеличение данного образования на почве постоянной гиперемии.

При существовании ретенционного мешотчатого образования придатков матки безусловно показано чревосечение и удаление опухоли, даже если это образование и не сопровождается болями и не нарушает самочувствия больной.

Особенно важным это правило является для больных без постоянного врачебного наблюдения, обратившихся уже в так называемом холодном периоде с наличием ретенционной тубоовариальной кисты как результата бывшего острого воспаления придатков матки. В таких случаях без предшествующего наблюдения провести дифференциацию между ретенционным образованием и собственно новообразованием трудно и чревосечение будет иметь не только лечебное, но и заключительное диагностическое значение.

Последнее обстоятельство как показание к оперативному лечению хронических аднекситов или, вернее, ретенционных образований придатков матки недостаточно четко сформулировано в имеющейся литературе. Так, например, И. Л. Брауде (1952) считает операцию показанной лишь тогда, когда больная систематически, планомерно и настойчиво в течение ряда лет подвергалась различным видам консервативной терапии и, несмотря на это, продолжает страдать и оставаться нетрудоспособной. Других обоснований операции при хронических аднекситах автор не дает. Конечно, данные показания к операции убедительны и вполне справедливы. Однако в свете современных данных патогенеза новообразований вообще и рака яичников в частности показания к чрево-

сечению при хронических аднекситах должны быть сформулированы еще и следующим образом. Если хроническое воспаление придатков матки вступило в стадию образования ретенционной «опухоли», то показано чревосечение.

Как известно из практики, иногда, особенно в более молодом возрасте больной, рак яичников может быть смешан с туберкулезом придатков матки. Поскольку туберкулезный процесс придатков матки в огромном большинстве случаев реализуется в виде tuboовариального опухолевого образования, постольку чревосечение является одним из методов лечения данного проявления болезни. Надо полагать, что диагноз туберкулеза придатков матки вообще следует окончательно ставить лишь на основании чревосечения и микроскопического исследования «опухоли». Лишь в редких случаях одновременного туберкулезного процесса в эндометрии или шейке матки, подтвержденных микроскопическим исследованием соскоба или биопсии, диагноз туберкулеза придатков матки может быть установлен без чревосечения. В остальных же случаях чревосечение неизбежно.

Что касается ошибочного диагноза туберкулезного перитонита при диссеминированном раке яичников, то он имеет место. Однако подобная ошибка в большинстве случаев не является для больной роковой. При наличии асцита и диссеминации процесса точность диагноза уже не имеет решающего значения, так как при этой стадии распространения процесса надеяться на радикальную операцию не приходится.

В заключение следует еще раз сказать о трудности определения рака яичников, особенно в I стадии заболевания. Однако безоговорочно согласиться с мнением некоторых авторов, что рак яичников в I стадии болезни абсолютно бессимптомен, нельзя. Симптомы рака яичников в I стадии заболевания кажутся неспецифическими, часто малозаметными, недостаточно достоверными и «нестрашными», с точки зрения больной, а иногда и с точки зрения врача, но они все же существуют.

Если все имеющиеся неспецифические, малозаметные проявления болезни изучить в их взаимосвязи и развитии, то предположительный диагноз рака яичников, даже в первой стадии заболевания, окажется возможным. Заключительным этапом диагно-

стики рака яичников в первой стадии заболевания всегда является безотлагательное чревосечение. Поскольку рак яичников дифференцируется с заболеваниями, которые следует лечить также хирургически, постольку диагностическое чревосечение всегда будет являться в то же время и лечебным. В процессе чревосечения лишь изменится характер операции, будет ли она широкой, радикальной, как при злокачественном новообразовании, или же она будет ограничена консервативными хирургическими манипуляциями, как при доброкачественных заболеваниях.

Особенно большая онкологическая настороженность необходима при операциях кистэпителиом яичника, так как они часто переходят в рак и поэтому должны рассматриваться как предраковое состояние. Исключить рак яичника в таких случаях совершенно необходимо.

Глава VI

ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЯИЧНИКОВ

Основными методами лечения рака любой локализации являются хирургический, лучевой и лекарственный (химиотерапия). Наиболее целесообразны комбинированные методы лечения со строгой индивидуализацией показаний и противопоказаний к каждому из них.

Споры о каком-либо одном наилучшем методе лечения рака сейчас нет и в настоящее время можно говорить о наиболее рациональном способе лечения каждой больной на определенном отрезке времени, в зависимости от многих условий (степень распространения процесса, общее состояние больной, переносимость отдельных методов лечения и пр.).

Хирургическое лечение рака яичников

Характер хирургического вмешательства при раке яичников различной степени распространения до сих пор не является твердо установленным и общепринятым.

В общих чертах спорные вопросы в отношении характера операции при раке яичников сводятся к двум положениям: 1) насколько радикальна — в смысле удаления соседних органов, особенно второго яичника — должна быть операция при раке яичников в I стадии заболевания и 2) показана ли операция и какая при раке яичников при распространении процесса (III, IV стадии).

I. Хирургическое лечение рака яичников в I стадии заболевания. В I стадии заболевания, когда опухоль поражает один яичник и бывает подвижной, различные авторы предлагают оперировать по-разному. Большинство авторов считает, что операция при раке яичников I стадии должна быть радикальной и заключаться в удалении матки с придатками [Котмейер (Kottmeier), 1953;

Хендерсон, 1957; И. Д. Нечаева, 1958, и др.]. Этой же точки зрения придерживаются и сотрудники гинекологического отделения Государственного онкологического института имени П. А. Герцена (руководитель проф. Л. А. Новикова).

Некоторые авторы даже при малейшем подозрении на рак яичника в случае невозможности подтвердить этот диагноз микроскопически рекомендуют удаление матки с придатками даже в молодом возрасте больной (А. Н. Лебедева, 1948). Канингом (Cunnigham, 1957) полагает, что при всякой опухоли яичника (даже незлокачественной) у женщин в возрасте после 40 лет следует удалять матку с придатками. А. И. Серебров (1953) предостерегает от подобного радикализма и считает, что с ним нельзя согласиться.

А. Ф. Туманова (1954) предлагает при раке яичников I стадии оставлять вторые, на вид интактные придатки и матку.

Таким образом, диапазон предлагаемых хирургических вмешательств при раке яичников I стадии велик: 1) удаление только опухоли с оставлением матки и придатков другой стороны; 2) надвлагалищная ампутация матки с обоими придатками; 3) экстирпация матки с придатками.

Удаление только раковой опухоли с оставлением придатков другой стороны и матки имеет большое преимущество с точки зрения сохранения функции яичника. Однако обычный рак яичников (железистого и папиллярного строения) сравнительно редко наблюдается у молодых женщин. Чаще он возникает в возрасте после 40—50 лет, когда функция яичников физиологически угасает и, следовательно, сохранение второго яичника уже не будет иметь большого значения. В то же время известно, что II стадия рака яичников характеризуется поражением второго яичника. Иногда при кажущейся I стадии заболевания, т. е. при одностороннем процессе, во втором на вид интактном яичнике микроскопически уже обнаруживается рак. Таким образом, если при операции по поводу рака яичников удаляется только раковая опухоль яичника и оставляется второй яичник, то по существу сохраняется очаг наиболее вероятного дальнейшего распространения опухоли.

Кроме того, до сих пор не установлено, является ли при двустороннем раке яичников одна опухоль метастазом второй, или же речь идет о возникновении рака в обоих яичниках сразу. Надо полагать, что вторая концепция более вероятна, чем первая о метастазировании из одного яичника в другой.

Если стоять на изложенной точке зрения, то тогда удаление второго яичника при одностороннем раке будет оправдано, даже если в удаленном интактном яичнике не будет обнаружено рака.

Нами длительно наблюдались 10 больных, страдавших раком яичников I стадии, у которых была произведена операция удаления только пораженного яичника, с оставлением другого яичника и матки. В результате у 8 больных в срок от 1 месяца до 3 лет возник рецидив болезни, большей частью в виде опухоли второго яичника (7 больных). Все 8 больных были нами подвергнуты повторному чревосечению. Две больные в возрасте 41 года и 26 лет остались свободны от рецидива.

Таким образом, надо полагать, что при раке яичников I стадии операция удаления только раковой опухоли, с оставлением матки и придатков другой стороны, недостаточно радикальна. Независимо от возраста больной при точно установленном диагнозе рака яичников следует удалять матку с придатками. Следует согласиться с мнением Риден (Ryden, 1952), Котмейер (1953) и др. и считать, что рак яичников является настолько серьезным заболеванием, что сохранением функции яичников нужно пренебречь и обязательно удалить макроскопически нормальный яичник при раке другого яичника.

Изучение материала по раку яичников показывает, что иногда нерадикальная операция при раке яичников I стадии производится ошибочно. Это происходит в случаях, если рак не распознан у операционного стола, опухоли принимают за кистэпителиому и правильный диагноз устанавливают лишь в патологоанатомической лаборатории через 1—2 недели после операции. В таких случаях у врача возникает вопрос, какой же должна быть дальнейшая тактика по отношению к больной, ошибочно оперированной нерадикально при раке яичников I стадии. Следует ли такую больную оставить под наблюдением, провести ли курс лучевой терапии или же не-

медленно прибегнуть к релапаротомии? К сожалению, такой важный в практическом отношении вопрос мало освещен в литературе и ответы на него, если и имеются, то разноречивы и не ясны.

Клугман (Klugmann, 1934) предлагал в таких случаях сначала провести курс рентгеновского облучения, а затем релапаротомию и удаление оставленного яичника и матки.

Имея некоторый опыт в этом отношении, мы считаем возможным рекомендовать при ошибочно нерадикальной операции по поводу рака яичников I стадии после уточнения диагноза (в пределах месяца после операции) повторное чревосечение и удаление матки с оставшимися придатками. Подобное исправление допущенной ошибки дает большие шансы на излечение, чем наблюдение или облучение.

Памятуя о том, что кистэпителиомы являются предраковым состоянием и часто переходят в рак, мы так же, как и И. Д. Нечаева (1955), Сермент (Serment, 1954) и др., считаем, что при наличии односторонней кистэпителиомы у женщин пожилого возраста, особенно в периоде менопаузы, целесообразно удалять не только пораженный яичник, но и матку с придатками другой стороны.

Следует отметить, что это положение не является общепринятым и некоторые авторы считают, что при односторонней опухоли яичника удалять второй яичник не следует. Рейкрафт (1954) предлагает при доброкачественной опухоли одного яичника удалять второй непораженный яичник лишь у больных, у которых имеются злокачественные опухоли в семейном анамнезе.

Основываясь на многолетних наблюдениях за больными, оперированными по поводу различных кистэпителиом яичников, мы все же настаиваем на необходимости удаления матки с придатками у пожилых женщин при наличии любой пролиферирующей опухоли с одной стороны.

Если по какой-либо причине (техническая трудность или тяжелое общее состояние больной) удаление матки может быть опасно для больной, мы рекомендуем, оставив матку, все же удалить вторые придатки. Обычно удаление вторых придатков очень незначительно удлиняет операцию.

Надвлагалищная ампутация матки с обоими придатками при одностороннем раке яичников I стадии имеет некоторые преимущества вследствие сохранения крестцово-маточных связок, архитектоники купола влагалища, а также меньшей технической сложности, чем экстирпация матки. Поскольку лимфатический бассейн яичников и шейки матки различен и анастомозирование этих двух систем встречается редко, метастазирования рака яичников в шейку матки почти не наблюдается. Поэтому оставление шейки матки при раке яичников I стадии можно считать безопасным.

Кроме того, ряд авторов (А. И. Серебров, 1953; Котмейер, 1953, и др.) считают, что оставление шейки, а иногда и всей матки при незапущенном раке яичников имеет смысл для проведения послеоперационной радиотерапии при соответствующих показаниях. Котмейер говорит о перекрестном облучении, т. е. облучении рентгеновыми лучами через брюшную стенку и гамма-облучении со стороны сводов и матки.

При современной технике облучения на расстоянии 5—7 см от источника облучения сила излучения радиоактивных препаратов настолько резко падает, что терапевтический эффект от них маловероятен. Поэтому действие излучения на малый радиус при профилактическом послеоперационном облучении или же при рецидивах рака яичников не достигает цели.

Нередко рак яичников в первую очередь распространяется на брюшину задней поверхности надвлагалищной части шейки и тела матки. Если учесть это обстоятельство, то при раке яичников I стадии более надежным будет экстирпация матки с придатками, а не ампутация ее. Это положение подтверждается наблюдениями за больными. Большинство онкологов также высказывается за экстирпацию матки с придатками. Следовательно, надвлагалищная ампутация матки с обоими придатками при раке яичников I стадии не желательна, но допустима в тех случаях, в которых удаление шейки матки может представлять собой значительные трудности.

Что касается расширенной экстирпации матки с придатками при раке яичников I стадии, то такая операция, по мнению абсолютного большинства авторов, является излишней и наносит ненужную

травму. Выше мы отмечали различие между лимфооттоком от шейки матки и от яичников. Учитывая это, следует считать, что тщательное удаление глубоких слоев клетчатки малого таза при раке яичников совершенно не нужно. Можно допустить при раке яичников I стадии ревизию подвздошных лимфатических узлов, поскольку анастомозирование лимфатических сосудов яичника с лимфатическими сосудами подвздошной области описывается в литературе.

В литературе имелось предложение при операции и по поводу незапущенного рака яичников профилактически всегда резецировать большой сальник, поскольку метастазы в эту область при раке яичников встречаются довольно часто. Надо полагать, что резекция сальника при отсутствии в нем различных метастазов нерациональна и является излишней. Однако следует помнить, что при операции по поводу рака яичников I стадии ревизия большого сальника необходима.

II. Хирургическое лечение распространенного рака яичников. Если у больной распространенный рак яичников, то прежде всего встает вопрос, следует ли вообще подвергать ее чревосечению, или лучше назначить лучевое, гормональное или симптоматическое лечение. Какова же цель чревосечения при запущенном раке? На что может рассчитывать врач, подвергая такую больную иногда рискованному чревосечению?

Прежде всего речь пойдет о точности диагноза. В запущенной стадии рак яичника диагностируется относительно легко по ряду перечисленных выше признаков (стр. 65). Однако опыт показывает, что и при кажущемся запущенном раке яичников, иногда также возможны диагностические ошибки, обнаружить которые можно, лишь прибегнув к чревосечению. Нередко за запущенный рак яичников могут быть приняты сосочковые кист-эпителиомы, которые, как известно, сопровождаются огромным асцитом и часто кажутся неподвижными, особенно если одна из сосочковых опухолей ущемится в прямокишечно-маточном углублении. В таких случаях очень легко принять подобную опухоль за запущенный рак яичников.

Туберкулезный аднексит и перитонит также могут быть смешаны с запущенным раком яичников. Это заболевание также сопровождается асцитом и наличием

плотной бугристой опухоли придатков, хотя большей частью небольших размеров.

Мы наблюдали случаи, когда ущемленную или межсвязочную фибромиому матки принимали за запущенный рак яичников.

Дермоидная киста у пожилой женщины с явлениями перекрута ножки в анамнезе в спайках также иногда может быть принята за запущенный рак яичника.

Если при перечисленных заболеваниях ошибочно поставить диагноз запущенного рака яичников и отказаться от чревосечения, то это значит, что больная будет обречена на заведомо неправильное лечение. При установлении диагноза запущенного рака больной в лучшем случае назначают симптоматическое лечение, вследствие чего она будет нетрудоспособной, психически травмированной на длительный период, или же периодическое лучевое лечение, что окажет вредное влияние на ее здоровье. Последнее, как показывает анализ материалов некоторых рентгенотерапевтических кабинетов, к сожалению, имеет место даже в настоящее время. Следовательно, чревосечение при запущенном раке яичников имеет целью в первую очередь уточнить диагноз путем осмотра внутренних органов и микроскопического исследования взятых для этой цели кусочков опухоли. Биопсия совершенно обязательна при пробном чревосечении по поводу любой опухоли, а при новообразовании яичников абсолютно необходима. Если не провести микроскопического исследования, диагноз рака яичников всегда может быть взят под сомнение. Даже при наличии явной картины диссеминированной опухоли в малом тазу и в брюшной полости нельзя быть уверенным в том, что речь идет о настоящем раке яичников, а не о какой-либо другой злокачественной опухоли. Микроскопическая характеристика диссеминированной опухоли дает также возможность решить вопрос о целесообразности лучевой терапии.

Кроме уточнения диагноза макро- и микроскопическим методом, во время пробного чревосечения точно определяется локализация основных массивов опухоли и ее диссеминатов. При наличии этих данных последующая лучевая терапия может быть проведена прицельно и более эффективно. Поля облучения будут в таких слу-

чаях точно соответствовать проекции опухолевых узлов на брюшную стенку.

Отказаться от пробного чревосечения при кажущемся запущенном раке яичников уместно лишь тогда, когда, по выражению А. Н. Лебедевой, печать смерти лежит на лице больной.

Возвращаясь к вопросу диагностики распространенного рака яичников, следует заметить, что на современном этапе наших знаний довольно точный диагноз может быть поставлен на основании цитологического исследования асцитической жидкости. Если у больной в центрифугате асцитической жидкости обнаружены элементы эпителиального злокачественного новообразования железистого или папиллярного строения и при этом множественные опухоли в брюшной полости совершенно неподвижны, можно уверенно поставить диагноз запущенного рака яичников и отказаться даже от пробного чревосечения. В каждом случае границы применения пробного чревосечения должны быть определены врачом-клиницистом на основании всего сказанного выше. Однако пробное чревосечение при запущенном раке яичников почти всегда показано. В связи с этим встает вопрос, какая же операция при этом должна быть выполнена. Отвечая на этот вопрос, следует сказать, что характер операции при запущенном раке яичников определяется при пробном чревосечении, в зависимости от уточнения диагноза и от данных состояния органов брюшной полости, обнаруженных при чревосечении.

Если при чревосечении устанавливается рак яичников III и IV стадии и в то же время отдельные узлы основных опухолей и метастазов представляются подвижными и относительно легко удалимыми, без нарушений правил абластики, их следует удалить.

В процессе роста раковые опухоли яичников, иногда достигая больших размеров, остаются неспаянными с соседними органами, за исключением матки и маточных труб. Метастатические узлы рака яичников в большом сальнике также долгое время остаются подвижными, как бы плавающими в асцитической жидкости и их легко можно удалить. Даже если в таких случаях имеются и множественные метастазы в брюшной полости, удаление больших массивов опухоли целе-

сообразно и освободит больную, хотя бы на время, от таких тяжелых явлений, как ощущение большой тяжести в брюшной полости, накопления асцитической жидкости и явлений частичной непроходимости кишечника.

Еще в 1923 г. В. С. Груздев, обсуждая целесообразность таких операций при запущенном раке яичников, писал: «...Если злокачественная опухоль, давшая даже метастазы, не сращена, сидит на ножке и вообще может быть удалена без большой травмы, то, по моему мнению, лучше ее удалить; конечно, этим мы не спасем больную, но все же выгода, хотя бы и временная, которую получит организм, освободившись от злокачественного новообразования, значительно превысит опасность сравнительно небольшой добавочной операционной травмы... Другое дело, если удаление первичной опухоли сопряжено со значительной травмой, большой кровопотерей и пр. — тогда, действительно, лучше оставить в покое». Несмотря на то, что В. С. Груздев писал это почти 40 лет назад, его формулировка не устарела до настоящего времени. Действительно, если удаление первичной опухоли или метастатических узлов сопряжено со значительной травмой и что особенно важно — с нарушением правил асептики, то проводить его не следует. Однако еще в конце прошлого столетия Кон (Cohn), Фрейнд (Freund) и др., настаивая на паллиативных, нерадикальных операциях при запущенном раке яичников с иссечением и отламыванием кусков раковой опухоли, отмечали, что подобные операции продлевают и облегчают жизнь больной.

Противоположного мнения придерживался Кратценштейн (Kratzenstein). Еще в 1897 г. он говорил о том, что подобные операции совершенно нецелесообразны и называл их «фанатическими».

С точки зрения онкологических принципов такие операции с нарушением целостности и грубой травмой опухолевых массивов надо считать совершенно недопустимыми и влекущими за собой еще большую диссеминацию и бурный рост опухоли. Не следует также смешивать их с описанными выше паллиативными операциями удаления подвижных узлов опухоли.

Несмотря на то, что это положение принято в современной отечественной онкологии, даже в настоящее время имеются сторонники проведения подобных, совер-

шенно не абластичных, не онкологических операций.

Авторы, говорящие о необходимости таких операций, утверждают, что рак яичников стоит в этом отношении совершенно особо.

И. Л. Брауде в 1945 г. писал, что «тезис о применении только радикальных операций не применим к ракам яичников». В 1952 г. И. Л. Брауде снова подчеркивает, что он не может согласиться с практикой отказа удаления частей опухоли в тех случаях рака яичников, когда полное удаление опухоли оказывается невозможным. В то же время И. Л. Брауде отмечает, что он строго придерживается безусловно правильного тезиса о необходимости применения только радикальных методов операции при раке другой локализации.

Горячими сторонниками таких операций являются американские авторы. Так, Кешмен, Хельсель (Cashman, Helsel) в 1949 г. предложили производить подобные неонкологические (с точки зрения современной онкологии) операции. Авторы отмечали, что во время операции зачастую опухолевые массы приходится «вычерпывать» рукой, оставляя при этом часть опухоли. В конце операции операционное поле покрывали марлевыми салфетками, поверх которых накладывали гуттаперчевые пластинки для остановки кровотечения. По-видимому, травма при таком методе операции бывает настолько велика, что закрыть брюшиной размозженные части оставшейся опухоли не представлялось возможным. В заключение авторы отмечают, что из 100 больных, подвергшихся такой операции, несколько человек прожили более 5 лет (точной цифры они не указывают).

Если при диссеминированном раке яичников можно произвести удаление пораженной матки с придатками без размозжения раковых узлов, то такая операция целесообразна. Если же опухолевые узлы выполняют и прямокишечно-маточное углубление и удаление матки поведет к нарушению их целостности и оставлению травмированных опухолевых узлов, то лучше ограничиться надвлагалищной ампутацией или дефундацией матки с удалением придатков. Если же матка целиком запаяна опухолевыми узлами, то травмировать их и пытаться во что бы то ни стало удалить матку не следует. В таких случаях целесообразно ограничиться лишь удалением

подвижных массивов опухоли. Такого же мнения придерживается и А. И. Серебров и добавляет, что оставление матки в таких случаях может иметь значение для последующей радиевой терапии.

Если хирург отказывается от всякой операции, то во время пробного чревосечения по поводу запущенного рака яичников не следует забывать о взятии кусочков опухоли для микроскопического исследования. С этой целью желательно иссекать изолированные узелки опухоли из разных мест брюшной полости.

Во время пробного чревосечения при распространенном раке яичников имеет значение дифференциальная диагностика между раком яичников и диссеминированной папиллярной цистаденомой. Как уже говорилось, нередко ошибочно сосочковые кистомы с диссеминацией принимаются за распространенный рак яичников. Подобная ошибка иногда возникает и во время чревосечения. И. М. Райхман и Г. И. Юрин (1934) описали 12 случаев пролиферирующих цистаденом яичников. Больным было произведено пробное чревосечение, при котором установлен диагноз запущенного рака яичников; больные были отнесены в группу инкурабельных. В последующем (иногда через несколько лет) тех же больных подвергли релапаротомии с удалением основных массивов опухоли и в конце концов многие из них совершенно выздоровели.

Если у больной во время пробного чревосечения констатируется папиллярная цистаденома с диссеминацией, а не папиллярный рак, то нерадикальная операция иногда, даже с «вычерпыванием» частей опухоли, является вполне показанной. Известно, что при удалении основных массивов папиллярной цистаденомы яичников иногда оставленные части опухоли и отдельные диссеминаты в брюшной полости не малигнизируются, а самопроизвольно рассасываются.

Следовательно, если при запущенном раке яичников нерадикальная операция с нарушением целостности массивов опухоли нецелесообразна, то при диссеминированной сосочковой цистаденоме она допустима и даже необходима.

Дифференциальная диагностика между диссеминированной папиллярной цистаденомой и распространенным, особенно папиллярным, раком яичников иногда

представляет трудность даже во время чревосечения (стр. 34). Срочное микроскопическое исследование кусочков опухоли не всегда дает надежный ответ, так как при переходе папиллярной цистаденомы в рак возможно, что в одном участке опухоль сохраняет строение цистаденомы, в другом уже может иметь место рак папиллярного строения.

Если во время операции остается сомнение — есть ли это диссеминированный рак или диссеминированная цистаденома, то лучше не ограничиваться пробным чревосечением, а оперировать насколько можно шире, максимально удаляя, кроме матки и придатков, и массивы опухоли.

Лучевое лечение рака яичников

Лучевая терапия имеет сравнительно короткую историю (около 50 лет), тем не менее ее применение в медицине в настоящее время очень распространено.

За последние 10 лет особенно внимательно изучается биологическое действие ионизирующих излучений на организм и сейчас уже многие стороны этого вопроса становятся более ясными. Техника лучевой терапии также далеко ушла в своем развитии и продолжает совершенствоваться. Излучатели и аппаратура, используемые для терапевтических целей, сейчас значительно отличаются от прежних.

Большие успехи имеются и в разработке средств, снижающих сопутствующую вредность облучения. Так, существует ряд мероприятий, повышающих чувствительность опухоли к облучению, и в то же время средства, снижающие повреждающее действие лучей на здоровые ткани и органы. Те реактивные явления и даже признаки лучевой болезни, которые 10 лет назад казались неизбежными при лучевой терапии, теперь могут быть совсем устранены или же значительно снижены.

Все это дает возможность с успехом применять лучевую терапию при локализациях рака, казавшихся ранее недоступными для облучения. Надо полагать, что в ближайшее время в лучевой терапии злокачественных опухолей будут достигнуты еще большие успехи и этот вид лечения будет оказывать положительное действие там, где даже на сегодняшний день он неэффективен.

При лечении рака яичников лучевая терапия пока применяется главным образом в комбинации с хирургическим лечением.

Некоторые авторы совершенно отрицают самостоятельное значение лучевой терапии при раке яичников. Так И. Л. Брауде (1952) говорит о том, что лучевая терапия при распространенном раке яичников не только не эффективна, но нередко приближает летальный исход этих больных. В то же время он рекомендует после частичного удаления опухоли при операции по поводу запущенного рака яичников начинать глубокую рентгенотерапию как можно раньше.

Наряду с этим другие авторы считают, что лучевое лечение играет существенную и даже ведущую роль в терапии злокачественных опухолей яичников. Следует отметить, что нередко эти авторы основываются на небольшом и очень разнородном материале, относящемся к злокачественным опухолям яичников в целом, без выделения больных, страдающих раком яичников.

Обычно наблюдения, на основании которых делается вывод о положительном или отрицательном значении лучевой терапии при опухолях яичников, касаются неоднородных больных как по характеру опухоли яичников, так и по степени распространения процесса. Кроме того, каждая нозологическая форма злокачественных опухолей яичников бывает иногда представлена в этих работах очень небольшим количеством наблюдений.

Так, на материале наблюдений за 48 больными, страдавшими разнообразными формами опухолей яичников в разных стадиях запущенности, представлена работа Н. Н. Петрова, А. И. Сереброва, С. С. Роговенко (1938). Тем не менее авторы на таком малочисленном материале и при использовании сейчас уже устаревшей техники облучения (1938) пришли к заключению, что последующая рентгенотерапия при злокачественных опухолях яичников улучшает отдаленные результаты.

Е. П. Иваницкая (1938), согласно сборной статистике, отметила, что при одном оперативном лечении злокачественных новообразований яичников выживает 21,1% больных. Однако при комбинированном лечении (операция + облучение) выживает 31,5% больных. Далее Е. П. Иваницкая на основании данных, полученных при лечении рентгеновыми лучами 54 больных, страдавших

злокачественной опухолью яичников (надо думать, что эта группа была разнородна по характеру опухолей), выражает мнение, что «эти больные продолжительностью своей жизни обязаны рентгену...» и что «без рентгенотерапии они давно бы погибли». Если это было бы так, то, конечно, сейчас, т. е. 20 лет спустя, когда рентгенотерапия сделала значительный шаг вперед в своем развитии,— результаты рентгеновского облучения опухоли яичников были бы еще лучше. Однако этого сказать нельзя, так как результаты лучевого лечения злокачественных новообразований яичников остаются и на сегодняшний день неудовлетворительными.

В 1958 г. Е. П. Иваницкая, представив данные лучевого лечения 203 больных злокачественными опухолями яичников, формулировала свои выводы более сдержанно, считая, что лучевая терапия имеет определенную ценность лишь в общем комплексе лечебных мероприятий при злокачественных опухолях яичников.

Л. Д. Подлящук (1952) отмечает, что чувствительность раковой опухоли яичников к рентгеновым лучам небольшая, однако послеоперационная рентгенотерапия существенно улучшает (почти в 2 раза) результаты лечения злокачественных опухолей яичников.

Большинство иностранных авторов говорит о целесообразности рентгеновского облучения после операции по поводу рака яичников. Некоторые из них даже полагают, что рентгеновское облучение при раке яичников необходимо производить и до операции [Хили (Healy), 1936, и др.]. Пембертон (1940) считает возможным путем рентгеновского облучения перевести неоперабельную опухоль в операбельную, а Котмейер (1953) говорит о необходимости подвергать всех больных с опухолями яичников в возрасте старше 45 лет предоперационному облучению независимо от характера опухоли и степени ее распространения.

Антуан (Antoine, 1951), обсуждая вопрос о чувствительности раковой опухоли яичников к лучистой энергии, приходит к выводу, что рак яичников кистозного и сочкового строения легко поддается лучевой терапии и последняя обязательна как заключительный этап оперативного лечения.

Однако не все авторы оценивают столь положительно рентгеновское облучение при всех злокачественных опу-

холях яичников. Жоли (Joly, 1934), Крайнци (Cra inz, 1938) полагают, что больных, страдающих злокачественными опухолями яичников, следует подвергать послеоперационному облучению лишь в зависимости от микроскопического строения опухоли. Симон (Simon, 1933) отмечает, что опухоли яичников папиллярного строения малочувствительны к облучению, но в то же время говорит об обязательном облучении таких больных. Новак (1942) рекомендует применять облучение после радикальных и нерадикальных операций по поводу рака яичников по той причине, что он «не видел от него вреда, но пока не видел и большой пользы». В то же время Виргил по опыту клиники Мейо отрицает облучение при раке яичников и высказывается о том, что больные после удаления первичных очагов, но с оставленными метастазами жили дольше без последующего рентгеновского облучения, чем с последующим облучением.

По данным Губера (1950), после операции по поводу рака яичников без последующего рентгеновского облучения выжило 37,7% больных, тогда как после операции с последующим облучением выжило только 27% больных. Следует отметить, что процент выздоровевших и в том и другом случае высчитан лишь по отношению к радикальным операциям, т. е. все больные были более или менее однородны по степени распространения процесса, все были оперированы радикально и облучение применялось в послеоперационном периоде у всех с профилактической целью. Интересна работа Латур и Дэвис (1957), посвященная оценке значимости рентгенотерапии при раке яичника. Авторы приводят хорошо обработанный материал с подробными данными условий как операций, так и облучения. По данным авторов, при операции по поводу рака яичника I стадии отдаленные результаты без облучения несколько лучше, чем с облучением. При более распространенном раке яичника, наоборот, без послеоперационного облучения отдаленные результаты лечения оказались немного хуже, чем с облучением. Вследствие этого они делают осторожный уклончивый вывод о необходимости обсуждения обязательности послеоперационного облучения во всех случаях рака яичников.

Таким образом, хотя большинство авторов, как отечественных, так и иностранных, высказывается положи-

тельно в отношении применения лучевой терапии при раке яичников, однако окончательно решенным этот вопрос считать нельзя. Наряду с этим существует и противоположное мнение. Справедливость требует заметить, что сторонники того и другого мнения в защиту своих взглядов пока приводят недостаточно убедительные фактические данные, которые основываются по существу лишь на эмпирических наблюдениях без экспериментальных или теоретических подтверждений. Однако для суждения об эффективности облучения при раке яичников следует исходить не только из эмпирических наблюдений за результатами лечения больных, но также из некоторых теоретических соображений, основанных на знании биологического действия ионизирующего излучения.

При суждении о целесообразности облучения тех или иных больных с разнообразными злокачественными опухолями необходимо иметь сведения о чувствительности опухоли к лучистой энергии, о глубине залегания опухоли, величине ее, взаимоотношении с соседними тканями и органами и о чувствительности последних к облучению. Большое значение для эффективности лучевой терапии имеет точное знание путей распространения опухоли и путей ее метастазирования. Последнее нужно для воздействия лучами не только на очаг опухоли, но и на возможные области ее метастазирования.

Только при наличии этих представлений удастся составить правильный план лучевого лечения, избрав наиболее выгодный источник излучения с достаточным и вместе с тем равномерным распределением лучистой энергии в опухоли и при этом сохранить соседние органы и ткани от повреждающего действия облучения.

Если оценить условия облучения больной, страдающей раком яичников, с вышеизложенных позиций, то выявится следующее.

1. Чувствительность раковой опухоли к облучению. В большинстве случаев рак яичников является аденогенным и имеет железистое и папиллярное строение. Кроме того, как уже говорилось, рак яичников часто возникает из кистэпителиомы и в начальных стадиях своего развития бывает относительно дифференцирован. По мере распространения опухоли в запущенном состоя-

нии рак яичников обычно приобретает более резко выраженные признаки анаплазии.

Известно, что аденогенные относительно зрелые опухоли наименее чувствительны к воздействию лучистой энергии. Следовательно, по своему генезу и микроскопической структуре рак яичников обладает малой чувствительностью к облучению.

2. Глубина залегания опухоли. Что касается глубины залегания опухолевых массивов при раке яичников, то можно отметить, что опухоль и ее метастазы прикрыты часто очень массивной брюшной стенкой, которая поглощает большую часть излучения. Кроме того, почти как правило, при раке яичников прямокишечно-маточное углубление бывает выполнено опухолевыми конгломератами и, таким образом, эти массивы располагаются глубоко в малом тазу и защищены от лучей не только брюшной стенкой, но и костным кольцом таза. К тому же при наличии асцита опухолевые конгломераты бывают защищены от лучей еще и слоем жидкости, также поглощающей излучение. Следовательно, глубина залегания опухоли и ее метастазов при раке яичников чрезвычайно невыгодна для облучения и требует глубоко проникающего излучения.

3. Величина опухоли. Величина первичной опухоли и метастатических узлов при раке яичников большей частью бывает очень большая и для охвата излучением всех опухолевых массивов необходимо облучение с больших полей. При часто встречающейся обильной подкожножировой клетчатке облучение с больших полей поведет к значительному увеличению объемной дозы, а следовательно, и к быстрому проявлению действия излучения на организм. Кроме того, опухоли большого объема могут подвергнуться под влиянием облучения интенсивному распаду и тогда может возникнуть опасность интоксикации продуктами распада опухоли со значительным ухудшением общего состояния больной. Таким образом, большой объем опухолей при раке яичников является также неблагоприятным фактором для лучевой терапии.

4. Взаимоотношения раковой опухоли яичников с соседними тканями и органами. Раковая опухоль яичника обычно тесно прилежит к окружающим ее тканям и органам. Располагаясь в малом тазу, нижним своим

полюсом опухоль интимно прилегает к мочевому пузырю и прямой кишке. Если же опухоль верхним своим полюсом выходит за пределы малого таза (что бывает очень часто), опухолевые конгломераты тесно контактируют со всем кишечником, селезенкой и по существу со всеми органами брюшной полости.

Таким образом, при облучении больной, страдающей раком яичников, в зону облучения одновременно неизбежно попадают кишечные петли и другие органы брюшной полости. Нормальные органы брюшной полости, попадая в зону облучения, легко повреждаются уже сравнительно небольшими дозами лучистой энергии. Особенно высокой чувствительностью и легкой повреждаемостью обладает слизистая оболочка тонких кишок. Если бы опухоль обладала значительно большей чувствительностью к лучам, чем нормальные соседние органы, то попадание последних в зону облучения не было бы таким опасным. Но поскольку для повреждения опухоли требуется относительно большая доза облучения, то она будет оказывать разрушающее действие и на соседние органы. Нередко излучение, являющееся недостаточным для повреждения опухоли, уже тяжело нарушает функцию кишечника и других органов брюшной полости.

Таким образом, топографо-анатомические взаимоотношения раковой опухоли яичника с соседними органами являются очень невыгодными для облучения.

5. Пути лимфооттока. Пути лимфатического оттока и регионарные лимфатические узлы яичников в основном располагаются в верхних фрагментах брюшной полости. Для включения этих зон в облучение необходимо применять обширные поля облучения в верхних отделах передней и задней брюшной стенки. Облучение одного малого таза при раке яичников не отвечает современным онкологическим требованиям воздействия не только на очаг опухоли, но и на пути ее метастазирования.

При больших полях облучения неизбежно возникающая большая объемная доза может легко привести к ранним лучевым повреждениям.

Таким образом, расположение регионарных лимфатических узлов вдали от основного очага опухоли при раке яичников также является неблагоприятным при лучевом лечении.

Подытоживая все условия облучения больных, страдающих раком яичников, приходится сделать вывод, что они чрезвычайно неблагоприятны по следующим причинам: по своему строению раковые опухоли яичников малочувствительны к лучистой энергии, залегание опухолевых узлов глубокое и разбросанное в обширной брюшной полости, размеры опухоли, как правило, велики; соотношение с кишечником и другими органами брюшной полости очень тесное и, наконец, регионарные лимфатические узлы отдалены от первичного очага.

Надо полагать, что по невыгодности условий облучения рак яичников стоит на первом месте среди всех заболеваний раком женских половых органов. В самом деле, если говорить о раке вульвы, то открытое расположение опухоли вульвы делает ее доступной для облучения без риска повредить соседние органы. Кроме того, плоскоклеточный характер рака вульвы дает основание считать эту опухоль более радиочувствительной. Правда, при этом заболевании расположение регионарных лимфатических узлов (паховая область) затрудняет одновременное лучевое воздействие и на основной очаг опухоли, и на лимфатические узлы.

Если говорить о раке шейки матки, то условия для лучевой терапии при этом заболевании очень благоприятны, а именно плоскоклеточный рак шейки матки более радиочувствителен, чем рак яичников. Расположение первичного очага опухоли (шейки матки) делает ее доступной для непосредственного лучевого воздействия со стороны влагалища. Локализация регионарных лимфатических узлов вблизи от первичного очага опухоли дает возможность облучать одновременно и опухоль, и пути ее возможного распространения.

Даже при раке эндометрия условия для лучевого воздействия более благоприятные, чем при раке яичников, так как при раке тела матки, несмотря на другие неблагоприятные обстоятельства, остается возможность непосредственного облучения опухоли внутриволостным способом.

Несмотря на все перечисленные отрицательные факторы при рентгеновском облучении рака яичников, оно применяется, а некоторыми авторами настойчиво рекомендуется. Обычно облучение больных, страдающих раком яичников, применяется в следующих случаях: 1) об-

лучение после радикальных операций с профилактической целью; 2) облучение после нерадикальных паллиативных или только диагностических чревосечений с терапевтической целью; 3) облучение без предварительного чревосечения с терапевтической целью, иногда с последующей операцией.

1. Послеоперационное профилактическое облучение. Применяемое после радикальных операций послеоперационное облучение преследует следующие цели: воздействие на мельчайшие элементы раковой опухоли, возможно оставшиеся после операции (так называемая «раковая пыль»), а также и воздействие облучением на пути метастазирования рака (регионарные лимфатические узлы). По существу послеоперационное облучение представляет собой профилактику рецидивов и метастазов опухоли.

Следовательно, послеоперационное облучение при раке яичников первых стадий принято проводить широкими полями облучения, захватывая зоны регионарных лимфатических узлов, т. е. облучать все отделы брюшной полости. Обычно проводят глубокую рентгенотерапию или облучение при помощи аппарата ГУТ-кобальт-400 с 8 полей. Переднюю брюшную стенку делят на 4 равные части — две ниже пупка и две выше пупка. Верхняя граница полей проходит на уровне основания мечевидного отростка, нижняя — по нижнему краю лонной кости. Расстояние между 4 полями должно быть около 1—2 см. Величина каждого поля соответствует примерно 15×10 см. Заднюю брюшную стенку также делят на 4 части, величина которых и расположение соответствуют полям на передней брюшной стенке. На каждое поле рекомендуется доза около 1000 г. На установке ГУТ-кобальт-400 поля облучения те же, фокусное расстояние 35—60 см. Доза на каждое поле облучения составляет 1500 г. Облучение желательно проводить как можно быстрее после операции, как только больная может уже его перенести. Практически это бывает не ранее чем через 7—10 дней после операции. Профилактическое облучение после радикальных операций по поводу рака яичников I—II стадии целесообразно проводить не позднее чем через месяц, в крайнем случае через 2 месяца после операции. В более поздние сроки такое облучение совершенно бесцельно, оно лишь осла-

бит больную, но не предупредит возможный рецидив болезни.

Абсолютными противопоказаниями к послеоперационному профилактическому облучению при раке яичников являются: количество лейкоцитов ниже 4000, склонность к поносам, циститы и общее тяжелое состояние больной, а также некоторые сопутствующие заболевания (диабет, туберкулез и др.). Относительным противопоказанием к облучению является очень толстая брюшная стенка.

Большинство авторов, как отечественных, так и иностранных, стоит на точке зрения обязательного профилактического облучения после радикальных операций по поводу рака яичников, считая, что облучение значительно улучшает отдаленные результаты операции. Однако этот вопрос нельзя считать окончательно решенным, поскольку наряду с мнением о необходимости послеоперационного облучения имеются и другие суждения. Так, например, Монтгомери (1948) полагал, что польза от профилактического облучения после операций по поводу рака яичников I стадии сомнительна. Матье и Плошо (Mathieu et Plauchu, 1951) отмечали, что послеоперационное облучение при раке яичников I стадии не влияет на прогноз. Керр и Элкинс (1951) также полагали, что польза от послеоперационного облучения при раке яичников I стадии сомнительна.

На нашем материале (Институт акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения РСФСР) мы имели возможность убедиться, что действительно при радикальной операции (экстирпация матки с придатками) по поводу рака яичников I стадии отдаленные результаты были одинаково благоприятны и с послеоперационным облучением и без него. Единичные рецидивы возникали даже чаще в группе облученных, чем необлученных больных. Таким образом, наши наблюдения не позволяют утверждать, что профилактическое облучение после операции по поводу рака яичников I—II стадии является абсолютно необходимым.

Профилактическое послеоперационное облучение при раке яичников нередко довольно быстро ведет к проявлениям лучевой болезни. Большие поля облучения, особенно при массивной брюшной стенке, приводят к большой объемной дозе лучевой энергии. В таких случаях

довольно быстро развивается лейкопения или лимфопения. Кроме того, кишечник, попадая в зону облучения, страдает и появляются рентгеновские энтериты и даже колиты. При наличии перечисленных проявлений лучевой болезни дальнейшее облучение противопоказано. Повторное возобновление профилактического послеоперационного облучения в таких случаях нецелесообразно. Облучение следует прекратить и без специальных показаний не возобновлять.

Иногда при раке яичников I стадии производится операция удаления только опухоли яичника с оставлением матки с придатками другой стороны. Обычно при таких операциях после установления диагноза рака яичников больных направляют на послеоперационное профилактическое облучение; при этом проводят его 4 полями ниже пупка, направляя пучок лучей на малый таз.

Основываясь на довольно значительном материале, мы можем полагать, что эта тактика является совершенно неправильной. Не говоря уже о том, что послеоперационное облучение только малого таза при раке яичников (учитывая локализацию регионарных лимфатических узлов этого органа) неправильно, само облучение второго яичника не предупреждает возникновение в нем раковой опухоли.

Под нашим длительным наблюдением находилось 10 больных, которым при наличии рака яичников I стадии ошибочно были произведены нерадикальные операции — удаление только опухоли и оставление матки и придатков другой стороны.

Только у 2 из 10 больных, оперированных нерадикально при нераспознанном раке яичников I стадии, не наблюдалось рецидива. Это были больные в возрасте 41 года и 26 лет, которых послеоперационному профилактическому облучению не подвергали. Из 8 больных с рецидивом болезни 4 были подвергнуты профилактическому послеоперационному облучению и 4 ему не подвергались.

Опыт Института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения РСФСР и ГОИ имени П. А. Герцена позволяет утверждать, что в случае ошибочной нерадикальной операции при раке яичников I стадии (оставление матки и придатков другой стороны) следует предпринять повторное чревосечение с уда-

лением матки и оставленных придатков. Послеоперационное же облучение в таких случаях нецелесообразно. Следовательно, послеоперационное облучение при радикальных операциях по поводу рака яичников I и II стадии не обязательно, но может быть рекомендовано.

2. Облучение с терапевтической целью после паллиативных или диагностических чревосечений. При облучении больных с распространенным раком яичников применяется рентгенотерапия или гамматерапия на установке ГУТ-кобальт-400 в технических условиях высокой процентной глубинной дозы, захватывающей опухолевые массивы, разбросанные часто по всей брюшной полости.

Технические условия облучения те же, что и при профилактическом послеоперационном облучении (стр. 108), однако тактика лечения другая. Сначала облучают основные массивы опухоли, отмеченные, но не удаленные при операции, при этом ограничиваются 4 полями, направленными на опухоль. Только после того, как применена достаточно высокая доза на основные опухоли (в пределах общей дозы 3000—5000 r), можно приступить к облучению и верхних квадрантов брюшной полости. Сразу облучать и основные опухоли, и верхние квадранты брюшной полости редко удастся, так как при облучении больших опухолей приходится применять дозы, исчерпывающие как местную, так и общую выносимость больных.

Перед проведением рентгенотерапии при раке яичников необходимо регулярно выпускать асцитическую жидкость, так как, скопясь в большом количестве, она поглощает значительную часть лучей и тем самым препятствует достаточному насыщению опухоли лучевой энергией.

Некоторые авторы (А. И. Серебров, 1953, и др.) предлагают при лучевом лечении распространенного рака яичников пользоваться аппликациями радия, вводя радиоактивные препараты внутриматочно. Предлагается даже для этой цели специально оставлять матку при паллиативных операциях по поводу распространенного рака яичников.

Основываясь на физических и биологических свойствах радиоактивных препаратов, можно заранее предпо-

лагать, что резкий спад интенсивности излучения, присущий препаратам радия, не позволит при внутриматочном введении сколько-нибудь облучить брюшную полость. В зоне опухолевого роста и особенно в зоне метастатических узлов облучение окажется малоинтенсивным, а дозировка недостаточной. Таким образом, при введении радиоактивных препаратов внутриматочно с целью воздействия на распространенный рак яичников скорее можно получить лучевое повреждение соседних органов (мочевой пузырь и прямая кишка), чем повреждение опухоли. В лучшем случае можно рассчитывать на воздействие лучистой энергии лишь на наиболее близкие к матке узлы опухоли.

При лучевом лечении распространенного рака яичников, как и при лучевой терапии остальных опухолей, следует стремиться проводить облучение за один курс, под контролем выносливости больной. При облучении желательно установить практическую радиочувствительность опухоли. Если в процессе лечения опухоль не только не уменьшается, а даже увеличивается, облучение следует прекратить и повторно не возобновлять. Бесконечное облучение при отсутствии эффекта, к сожалению, еще имеет место в некоторых лечебных учреждениях. Такое лечение лишь ослабляет больных и приближает их к летальному исходу. Если раковая опухоль оказывается относительно радиочувствительной, облучение рекомендуется проводить более настойчиво, до пределов допустимой дозы, одновременно преодолевая выявляющиеся осложнения (лейкопения, реакция кожи и др.).

3. Облучение без предварительного чревосечения. Некоторые авторы рекомендуют производить облучение больных с распространенным раком яичников без пробного чревосечения. Такое облучение проводится рентгенотерапией и на установке ГУТ-кобальт-400.

Облучение больных без предварительного чревосечения проводится при тех же технических условиях и теми же полями, как и при послеоперационном облучении (стр. 108).

Следует подчеркнуть, что одним из важных условий облучения больных, страдающих раком яичников, является точность диагностики. Однако диагноз рака яичников даже в запущенных стадиях заболевания нередко настолько труден, что заключительным

этапом диагностики должно быть чревосечение. При облучении больных без этого этапа диагностики, т. е. без предварительного чревосечения, иногда возможны тяжелые диагностические ошибки. Кроме того, как отмечалось выше, во время чревосечения не только уточняется диагноз, но и устанавливается точная локализация массивов опухоли и, таким образом, облучение становится более направленным.

Кроме описанных методов лучевого лечения рака яичников, за последние годы появились предложения лечить распространенный рак яичников путем введения в брюшную полость радиоактивного золота (изотоп золота Au^{198}). При этом рассчитывают на повреждающее действие излучения от коллоидного раствора изотопа золота на опухолевые узлы в брюшной полости. Ряд авторов [Клигерман и Хабиб (Kligerman a. Habif, 1955); Элкинс (Elkins, 1956); Л. А. Новикова и др., 1957] сообщают о положительных результатах при таком лечении. Однако в той методике, которая существует в настоящее время, лечение рака яичников путем введения радиоактивного золота в брюшную полость имеет ряд больших недостатков. Во-первых, раствор золота неравномерно распределяется в брюшной полости, следовательно, не дает равномерного облучения опухолевых массивов. Во-вторых, при введении в организм значительных доз радиоактивного вещества имеется большой риск вызвать тяжелые лучевые повреждения.

Работы по усовершенствованию техники применения радиоактивного золота при распространенном раке яичников ведутся и, надо полагать, что в недалеком будущем этот способ лечения будет усовершенствован и займет соответствующее место среди других методов терапии рака. Пока же рекомендовать его массового применения нельзя.

Гормональное лечение рака яичников

Кроме хирургического и лучевого лечения рака яичников, за последнее время применяется и гормонотерапия этой опухоли. Литературные данные по данному вопросу пока еще очень малочисленны и углубленная разработка его, по-видимому, является необходимой.

А. И. Серебров в 1951 г. писал: «Наблюдения последних лет убеждают меня в том, что применение гормональных препаратов (андрогенов) в первую очередь показано при так называемых малигнизированных цилиоэпителиальных (папиллярных) опухолях яичников... Я могу говорить пока только о впечатлении, полученном мною при применении тестостерона в комбинации с рентгенотерапией у больных с запущенными формами малигнизированных кист яичника. Однако наблюдаемый эффект так разительно отличался от тех случаев, в которых мы применяли одну только рентгенотерапию (обычно малоуспешную), что невольно напрашивается мысль приписать этот эффект действию тестостерона».

Другие авторы (А. К. Первова, 1953; А. П. Зимина, 1955) сообщали о благоприятном действии тестостерона при злокачественных опухолях яичников.

При лечении андрогенами больных, страдающих раком яичников, следует, по-видимому, рассчитывать не на антагонистические свойства андрогенов и эстрогенов, а на стимулирующее влияние андрогенов на весь обмен. Каков механизм стимулирующего действия андрогенов на организм женщин, сказать трудно, однако, что такое действие существует, является несомненным и доказывается практическими наблюдениями. Кроме того, следует помнить, что андрогены оказывают угнетающее действие на гипофиз, а при раке яичников, особенно в пожилом возрасте в периоде менопаузы, по данным некоторых авторов, нередко имеет место гиперпродукция передней доли гипофиза. Именно поэтому для более интенсивного блокирования гипофиза в некоторых случаях предлагается лечить запущенные формы рака молочной железы и большими дозами эстрогенных препаратов. Подобная терапия, например, проводилась в Московском онкологическом диспансере под руководством Ф. М. Ламперта.

При лечении рака яичников андрогенами иногда возникают побочные осложняющие явления, как-то: сосудистые расстройства и признаки вирилизма, заключающиеся в появлении охриплости, пигментации кожи, увеличение адамова яблока, появление растительности на лице и, что бывает наиболее неприятно для больных, гипертрофия клитора с постоянным полнокровием

его. Последнее ведет к половой возбудимости и даже наклонности к мастурбации. Такие побочные явления от тестостерона часто очень травмируют психику больных и доставляют им большие неприятности. При этом пожилые женщины не всегда говорят врачу об имеющихся ощущениях и не связывают их с приемом тестостерона. Врач должен помнить о возможности возникновения осложняющих моментов и достаточно осторожно спрашивать больную о ее самочувствии.

Препараты и дозировки андрогенных гормонов при раке яичников обычно бывают следующие: метилтестостерон, являющийся синтетическим аналогом мужского полового гормона и обладающий биологическими свойствами естественного гормона, изготавливают в таблетках, которые при приеме для лучшего всасывания следует задерживать под языком. Метилтестостерон выпускают в упаковке по 20 таблеток с содержанием 5 мг вещества в каждой таблетке. Рекомендуются в начале лечения принимать 5—8 таблеток один раз в 3 дня. В дальнейшем при отсутствии побочных явлений дозу можно увеличивать, принимая по 8 таблеток через день, а затем снова уменьшать ее. В литературе имеются указания на то, что при запущенных формах рака яичников прием метилтестостерона полностью прекращать не следует, так как это может повести к более бурному росту опухоли. Целесообразно применять метилтестостерон одновременно с другими видами специфической и симптоматической терапии. Общая дозировка метилтестостерона за 5—6 месяцев колеблется между 1—2 г. При таком длительном непрерывном введении метилтестостерона обычно появляются признаки омужествления. Если метилтестостерон при запущенном раке яичников оказывает на больную благоприятное действие, то придавать большое значение омужествлению не следует.

Другой андрогенный препарат — тестостерон-пропионат — является также синтетическим аналогом мужского полового гормона. Тестостерон-пропионат более активен и имеет более продолжительное действие. Его выпускают в ампулах в масляном растворе для внутримышечных или подкожных инъекций. В ампулах содержится 12,5 или 5% раствор тестостерона.

В начале лечения больных вводят 50 мг тестостерон-пропионата 1 раз в 3 дня. В дальнейшем дозу увеличивают даже до 100 мг в день и затем, после 2—3 месяцев лечения, снова ее снижают. Побочные явления при инъекциях тестостерон-пропионата могут быть выражены более резко, чем при применении метилтестостерона.

Учитывая довольно резкие побочные явления при введении андрогенов, мы не рекомендуем пользоваться ими с профилактической целью после операции по поводу рака яичников в I стадии. Благоприятное действие от применения андрогенов в этих случаях сомнительно, а вредные влияния почти всегда имеют место.

При андрогенотерапии больных рекомендуется регулярно, не реже одного или 2 раз в месяц, проводить анализ крови на содержание кальция, так как при этом нередко наблюдаются резкие нарушения кальциевого обмена.

По данным некоторых иностранных авторов, при запущенном раке яичников целесообразно применять эстрогены. При этом нужны относительно большие дозировки препарата, так как необходимо вызвать блокаду гипофиза. Обычно применяются синтетические препараты (синэстрол, диэтилстильбэстрол и др.), которые выпускают в таблетках или в ампулах в виде 1% или 2% раствора. В каждой ампуле содержится от 10 до 20 мг препарата. Ежедневно в течение 30—40 дней вводят по одной ампуле подкожно или внутримышечно. Общая дозировка эстрогенов может быть от 0,5 до 1 г.

При введении больших доз эстрогенов в организм женщины следует следить за состоянием молочных желез; при больших дозировках в молочных железах могут развиваться явления резко выраженной пролиферации и образования участков мастопатии.

Таким образом, гормональное лечение при раке яичников в запущенных стадиях болезни рекомендуется проводить, применяя обычно андрогены, а в некоторых случаях и эстрогены.

Самостоятельного, излечивающего значения гормонотерапия при раке яичников пока не имеет, но, по данным ряда авторов, она является хорошим симптоматическим и вспомогательным средством при других видах лечения рака яичников.

Химиотерапия рака яичников

За последнее время выявился еще один метод лечения рака яичников, пока еще недостаточно апробированный, но применяющийся в клинической практике. Речь идет о химиотерапии рака и, в частности, о применении отечественного препарата триэтиленимида тиофосфорной кислоты, выпускаемого под названием ТиоТЭФ.

ТиоТЭФ можно вводить внутримышечно, внутривенно, внутривнутрибрюшинно и непосредственно в опухоль. Обычно одновременно вводят 15—20 мг вещества, растворенного в 4 мл дистиллированной воды. Курс лечения состоит из 8 или 10 инъекций с интервалами в 3—4 дня. Всего вводится не более 200 мг ТиоТЭФ'а. Через 2—3 месяца курс можно повторить.

Цитостатическое действие ТиоТЭФ совершенно несомненно. Мы лично наблюдали, когда при запущенных заболеваниях раком яичников при применении ТиоТЭФ опухоль значительно уменьшалась, переставал накапливаться асцит и гидроторакс. Самочувствие больных улучшалось. Однако полного излечения нам пока видеть не удалось.

В то же время при лечении ТиоТЭФ почти всегда наблюдаются резкие изменения в крови — в первую очередь уменьшение количества лейкоцитов. У наблюдаемых нами больных иногда оно наступало внезапно, продолжалось даже после прекращения дачи ТиоТЭФ и достигало катастрофических цифр. В одном случае у нас сложилось впечатление, что гибель больной, страдавшей запущенным раком яичников, ускорила в связи с изменениями в крови в сторону резкой лейкопении, тромбопении и анемии.

Надо полагать, что по своему отрицательному действию на лейкопоз, ТиоТЭФ стоит впереди глубокой рентгенотерапии. Начинать лечение ТиоТЭФ можно лишь при наличии не менее 4000 лейкоцитов и прекращать таковое на цифре не ниже 3000. Необходимо следить за количеством тромбоцитов.

Учитывая отрицательное действие ТиоТЭФ на лейкопоз, мы не можем пока рекомендовать его с профилактической целью после радикальных операций по поводу рака яичников первой стадии. Целесообразным

представляется применение ТiоТЭФ вскоре после операции по поводу рака яичников, когда большая часть массива опухоли удаляется, но метастатические узлы все же остаются. Надо думать, что в таких случаях ТiоТЭФ выгоднее, чем облучение, так как он может быть применен в любых условиях, быстро после операции и не требует знания точной локализации оставленных метастазов.

Комплексное лечение рака яичников

В начале данной главы мы подчеркивали, что в настоящее время наиболее целесообразно лечить рак яичников тремя основными методами — хирургическим, лучевым и гормональным, — иногда сочетая их, в зависимости от степени запущенности заболевания и состояния больной.

Заканчивая изложение материала о лечении рака яичников, мы считаем целесообразным привести краткую схему комплексного лечения рака яичников так, как это принято в Государственном онкологическом институте имени П. А. Герцена.

Рак яичников I стадии. На первом этапе лечения показано чревосечение. При вскрытой брюшной стенке окончательно подтверждается диагноз рака яичника. Затем производят операцию удаления обоих придатков матки с экстирпацией или надвлагалищной ампутацией матки.

Если состояние больной после операции удовлетворительное и нет никаких осложнений или сопутствующих заболеваний, являющихся противопоказанными облучению, то с 10—15-го дня после операции начинают профилактическое облучение с 8 полей по схеме, описанной на стр. 108. Если в процессе облучения появляются осложнения и противопоказания к облучению, плохо поддающиеся обычной терапии (плохая переносимость, энтероколит, лейкопения и др.), то облучение следует прекратить. В процессе облучения применяют общеукрепляющие и стимулирующие средства.

Рак яичников II стадии. На первом этапе лечения показано чревосечение и удаление обоих придатков матки с экстирпацией или надвлагалищной ампутацией матки. С 10—15-го дня после операции начинают облу-

чение с 8 полей по схеме, описанной на стр. 108. Если имеются противопоказания к облучению (лейкопения, колит и др.), то сначала проводят лечение сопутствующих заболеваний (переливание крови, тезан, диета и др.). Однако облучение следует начинать не позднее чем через 1—1½ месяца после операции. Если в процессе облучения возникают осложняющие моменты, то борьба с ними ведется интенсивно и послеоперационное облучение проводится более настойчиво, чем при раке I стадии.

Рак яичников III—IV стадии. На первом этапе лечения показано пробное чревосечение, при котором уточняется размер поражения, а также целесообразность и возможность выполнения оперативного вмешательства, хотя бы с паллиативными целями.

При наличии подвижности основных опухолей, а также матки и ее придатков удаляют пораженные яичники с экстирпацией матки. Если же в прямокишечно-маточном углублении имеются диссемины, фиксирующие шейку и прямую кишку, проводится надвлагалищная ампутация матки, не травмируя опухолевые узлы в прямокишечно-маточном углублении. Если вся матка фиксирована, но опухоли подвижны, то удаляют только подвижные опухоли. При наличии метастаза в сальник производят резекцию его.

При неподвижности опухолевых массивов операция ограничивается пробным чревосечением с обязательным взятием кусочков опухоли для микроскопического исследования.

В послеоперационном периоде возможно раньше (практически с 5—10-го дня) назначают андрогенотерапию (стр. 113), а затем лучевое лечение. Сначала облучают основные массивы, отмеченные при чревосечении, затем включают все отделы брюшной полости по схеме, описанной на стр. 111. Проводят настойчивую борьбу с возникающими осложнениями. Иногда облучение прерывают, но затем по стихании осложняющих явлений облучение опять возобновляют. По мере надобности выпускают асцитическую жидкость и применяют общеукрепляющее лечение и соответствующий режим.

Если в процессе облучения выявляется отсутствие радиочувствительности опухоли и облучение проходит

явно неэффективно, то его прекращают и больную переводят на симптоматическое лечение.

В последние годы в ряде случаев применяется введение радиоактивного золота в брюшную полость (Л. А. Новикова и др., 1957).

При наличии единичных отдаленных метастазов (например, в надключичной области) иногда при хорошем общем состоянии больной применяют лучевое лечение в виде глубокой рентгенотерапии и телегамматерапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Отдаленные результаты лечения рака яичников в настоящее время являются абсолютно неудовлетворительными. По нашим данным (Институт акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения РСФСР), за 10 лет из 109 больных, страдавших раком яичников, полностью излечено в течение 5 лет 9 больных, что составило 7,3%.

По данным И. Д. Нечаевой, отдаленные благоприятные результаты лечения рака яичников составляют 9%.

Правда, по некоторым зарубежным авторам, благоприятные отдаленные результаты лечения рака яичников достигают 50% (Монтгомери, 1948) и даже 60,4% [Каунселлер (Counseller), 1955]. Однако можно с уверенностью сказать, что такие оптимальные цифры зависят явно от неправильного понимания термина рака яичников и включения в эту группу пролиферирующих кистэпителиом и гормонально-активных опухолей.

Неудовлетворительные отдаленные результаты лечения рака яичников зависят в первую очередь от выявления его в поздних стадиях заболевания. Причина же позднего выявления в основном заключается в двух моментах: 1) поздняя обращаемость больных, 2) диагностические ошибки врачей при первых обращениях больных.

Таким образом, основным, определяющим отдаленные результаты лечения при раке яичников является раннее выявление заболевания и правильно проведенная радикальная операция, заключающаяся в экстирпации матки с обоими придатками. Профилактическое послеоперационное облучение при этих условиях не будет иметь решающего значения.

Пути раннего выявления рака яичников в настоящее время заключаются в профилактических осмотрах

и безотлагательных операциях при выявленных опухолевидных образованиях придатков матки особенно у женщин в возрасте после 40 лет.

При направлении больной на операцию по поводу опухоли яичника врач должен не столько диагностировать рак яичников, сколько просто помнить о нем. Заключительным же этапом диагностики рака яичников первой стадии почти всегда является чревосечение.

ЛИТЕРАТУРА

- Агаронов А. М., Дубовый Е. Д. Рентгенотерапия рака яичников. Советская медицина, 1952, № 10, стр. 17—21.
- Акопян Е. С. К вопросу о раке яичника. Советское здравоохранение Узбекистана, 1938, № 11—12, стр. 30—33.
- Андросова Е. Н. К распознаванию и лечению злокачественных опухолей яичника. Акушерство и гинекология, 1953, № 3, стр. 50—54.
- Аничков Н. Н. К вопросу о гистогенезе папиллярных опухолей яичников. Известия Военно-медицинской академии. Том XVIII, 1909, стр. 139—146.
- Аноденко А. С. Рак яичника по материалам Краснодарского краевого онкологического диспансера. Тезисы докладов научного совещания по вопросам злокачественных новообразований женских половых органов. Л., 1953, стр. 12—13.
- Басина Г. М. Злокачественные опухоли яичников. Медицинский журнал БССР, 1941, № 2, стр. 15—23.
- Брауде И. Л. Хирургическое лечение рака матки и яичников. Акушерство и гинекология, 1945, № 3, стр. 13—24.
- Брауде И. Л. Руководство по оперативной гинекологии. М., 1952.
- Валединский И. А. К вопросу о скоплении жидкости в плевральных полостях при доброкачественных кистах яичника. Врачебная газета, 1911, № 18—19, стр. 641—643.
- Вилкомирский И. Об овариотомии. Харьков, 1868.
- Воскресенский Н. А. К вопросу о лечении больных со злокачественными новообразованиями яичников. Акушерство и гинекология, 1954, № 2, стр. 38—42.
- Гампер В. В. К диагностике злокачественных опухолей яичников. Советская медицина, 1955, № 9, стр. 29—34.
- Ганиева Л. И. Злокачественные опухоли яичников по материалам Ташкентского городского онкологического диспансера 1950—1956 гг. Труды III Всесоюзной онкологической конференции. Медгиз, Л., 1959, стр. 485—488.
- Глазунов М. Ф. Классификация и номенклатура опухолей и опухолевидных процессов. Злокачественные опухоли. Т. I, ч. 1, гл. X, Медгиз, Л., 1947.
- Глазунов М. Ф. Практическое и теоретическое значение гистогенетического анализа опухолей. Труды АМН СССР. Вопросы онкологии. Изд. АМН СССР. 1950, стр. 124—130.
- Глазунов М. Ф. Опухоли яичников. Медгиз, 1954.

- Глинский И. А. и Лебензон Е. Г. К вопросу о цитодиагностике опухолей яичника. Тезисы докладов Научной сессии по проблеме этиологии и патогенеза злокачественных новообразований. Киев, 1954, стр. 24.
- Груздев В. С. Саркома яичников. Дисс. СПб, 1894.
- Груздев В. С. Гинекология. М.—Л., 1930.
- Добрынин П. И. О диагностике кист яичника. Дисс. 1869.
- Елкин М. В. Злокачественные новообразования яичников. В сб.: Злокачественные опухоли. Глава XXVII. М., 1934, стр. 400—405.
- Жорданиа И. Ф. К проблеме рака яичников. Акушерство и гинекология, 1956, № 5, стр. 40—45.
- Заварзин А. А., Румянцев А. В. Курс гистологии. М., 1946.
- Зимина А. П. Лечение злокачественных опухолей яичников. Вопросы онкологии, 1955, № 1, стр. 67—72.
- Иваницкая Е. П. Рентгенотерапия злокачественных опухолей яичника. Акушерство и гинекология, 1938, № 12, стр. 32—36.
- Иваницкая Е. П., Лазуркина В. Д. Лучевая терапия в общем комплексе лечебных мероприятий при злокачественных опухолях яичников. Труды II Всесоюзной онкологической конференции 27/I—1/II 1958 г. Медгиз, М., 1959, стр. 488—492.
- Ирд Е. Д. Кисты яичников и их роль в развитии некоторых опухолей яичников у крыс. Вопросы онкологии, 1959, т. V, № 12, стр. 748—749.
- Кардонский Б. С. Злокачественные опухоли яичников по материалам роддома. Труды IV Областного съезда акушеров-гинекологов. Челябинск, 1957, стр. 8—13.
- Кастанаев Г. М. К патологии новообразований яичников. Медицинское обозрение, 1916, № 7—8, стр. 344—364.
- Корицкий Г. Э. Опыт трансформационной клеточной патологии. В кн.: Трансформационная теория опухолей. Изд. 2-е, МГУ, 1926.
- Кочергинский А. С. Развитие иннервации яичников человека. Акушерство и гинекология, 1946, № 1, стр. 8—13.
- Краевская И. С. Слизистая тела матки при раковых опухолях яичника. Акушерство и гинекология, 1951, № 1, стр. 15—21.
- Краевская И. С. Ошибки в диагностике рака яичников. Акушерство и гинекология, 1951, № 3, стр. 15—19.
- Краевская И. С. К вопросу о дифференциальной диагностике опухолей яичников. Акушерство и гинекология, 1953, № 3, стр. 46—51.
- Кузьмина Н. А. О трудностях распознавания папиллярных кистом и кистовидных форм рака яичника. Тезисы докладов Итоговой за 1948 год научной конференции Новосибирского медицинского института усовершенствования врачей. Новосибирск, 1949.
- Кузьмина Н. А. К вопросу о раке яичника и его диагностике. Тезисы докладов на 4-й Куйбышевской городской конференции акушеров-гинекологов. Куйбышев, 1954.
- Лебедева А. Н. Прогноз злокачественных опухолей яичников. Проблемы онкологии. Свердловск, 1948, стр. 267—273.
- Лебедева А. Н. Опухоли яичников, преимущественно злокачественные и их лечение. Дисс. Свердловск, 1948.

- Лебедева А. Н. Предраковые заболевания яичников. Вопросы онкологии. Труды АМН СССР. Вып. V, 1952.
- Лебедева А. Н. Ближайшие и отдаленные результаты оперативного и лучевого лечения при опухолях яичников. Акушерство и гинекология. 1954, № 2, стр. 42—46.
- Малиновский М. С. Заболевания яичников. В кн.: Руководство по женским болезням под ред. Кривского Л. А. М., 1927.
- Малиновский М. С., Кватер Е. И. Рак женских половых органов. М., 1936.
- Мандельштам И. Г. К истории овариотомии. Терапевтическое обозрение, 1910, № 1, стр. 12—16.
- Маргулис М. С., Кватер Е. И. Нервная система в биологии и патологии женской половой сферы. М., 1929.
- Мацько О. Г. Рентгенологические данные о состоянии органов желудочно-кишечного тракта при раке яичников. Вестник рентгенологии и радиологии, 1958, № 2, стр. 32—37.
- Михайлов В. П. Гистогенез эпителиальных опухолей яичника. М., 1949.
- Михайловский И. О. Материалы к учению о тельцах Каль-Экснера. Дисс. М., 1913.
- Михнов С. Д. К учению о сосочковых опухолях яичников. СПб, 1889.
- Моисеева Е. Н. Рентгенологическое исследование нижнего отрезка толстого кишечника при новообразованиях и воспалительных заболеваниях женских половых органов. Тезисы докладов на X Отчетной научной конференции Института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения РСФСР. М., 1956.
- Нечаева И. Д. О путях профилактики первичных опухолей яичников. Профилактика злокачественных опухолей. Медгиз. Л., 1955.
- Нечаева И. Д. Злокачественные цилиоэпителиальные опухоли яичников. Вопросы онкологии, 1958, № 3, стр. 336—342.
- Нечаева И. Д. Вопросы профилактики первичных опухолей яичников. Труды II Всесоюзной онкологической конференции в Ленинграде, 1958, Медгиз, 1959, стр. 480—485.
- Новикова Л. А., Марморшейн С. Я. Роль пневмоперитонеума в рентгенодиагностике опухолей матки и придатков. Вопросы онкологии, 1959, т. 5, № 8, стр. 183—190.
- Новотельнова Е. Р. Ценность рентгенотерапии при лечении злокачественных опухолей яичников. Вестник рентгенологии и радиологии, 1938, т. 20, стр. 236—241.
- Огнев Б. В. Пути оттока лимфы от яичка, яичника и червеобразного отростка у человека. Сборник, посвященный 35-летию деятельности А. И. Абрикосова. М., 1936.
- Огнев Б. В. О путях метастазирования опухолей из матки и яичников у человека и животных. Тезисы докладов научного совещания по вопросам злокачественных новообразований женских половых органов 27—30/V 1953 г. Л., 1953.
- Окинчиц Л. Л. Диагностика раковых поражений яичников. Врачебное дело, 1922, № 24—26, стр. 776—779.
- Окинчиц Л. Л. Рак яичников и труб. В сб.: Злокачественные новообразования. Киев, 1937, стр. 434—439.

- О л е н е в а Е. Н. Связь лимфатической системы прямой кишки, яичника и яичника у детей. Лимфатическая система внутренних органов. Сборник рефератов. Иваново, 1955.
- П а в л е н к о С. И. Труды II Всероссийской конференции онкологов. Медгиз, М., 1959, стр. 522.
- П е р в о в а А. К. Комбинированное применение андрогенных гормонов и регулярных переливаний крови при хирургической и лучевой терапии раковых поражений яичников. Акушерство и гинекология, 1953, № 6, стр. 38—44.
- П е т р о в Н. Н., С е р е б р о в А. И., Р о г о в е н к о С. С. Опухоли яичников. Юбилейный сборник к X-летию деятельности Ленинградского онкологического института. Л., 1938, стр. 217—230.
- П е т р о в Н. Н. Злокачественные опухоли. Том I, ч. I, Медгиз, М., 1947.
- П е т р о в а Е. Н., К а р а е в а Х. Ш. К вопросу о патологии се-ти яичника. Акушерство и гинекология, 1936, № 5, стр. 614—618.
- П о д л я щ у к Л. Д. Рентгенотерапия злокачественных опухолей. Медгиз, М., 1952.
- П о ж а р и с к и й Ф. И. О метастатическом раке яичников. М., 1931.
- П о п о в Д. Д. Происхождение сосочковых кистаденом. СПб, 1912.
- Р а й х м а н И. М., Ю р и н Г. И. О папиллярных опухолях брюшины. Советская хирургия, 1934, т. VII, в. 5, стр. 865—875.
- С а в и ц к и й А. И. Пути ранней диагностики рака. Новости медицины. Злокачественные опухоли. Сборник статей под ред. А. И. Абрикосова. М., 1947.
- С б о р н и к инструкций по вопросам организации онкологической помощи, профилактики, диагностики и лечения злокачественных опухолей и предопухолевых заболеваний. Министерство здравоохранения СССР. М., 1956.
- С е р е б р о в А. И. Принципы современной терапии рака женских половых органов. Вопросы онкологии, 1951, т. XI, вып. 3, стр. 64—70.
- С е р е б р о в А. И. Клиническая картина предраковых заболеваний женских половых органов. Советская медицина, 1952, № 10, стр. 7—10.
- С е р е б р о в А. И. Предисловие к сборнику иностранных рефератов «Современные проблемы онкологии», 1953, № 6 (45).
- С е р е б р о в А. И. Современное состояние вопроса о диагностике и лечении рака женских половых органов. Акушерство и гинекология, 1957, № 1, стр. 3—8.
- С к р о б а н с к и й К. К. Учебник гинекологии. М., 1946.
- С к у я Я. Х. Рак яичника по данным Акушерско-гинекологической клиники Воронежского Государственного медицинского института. Тезисы докладов научной сессии 30/V—1/VI 1955 г. Воронеж, 1955.
- С л а в я н с к и й К. Ф. К нормальной и патологической гистологии граафова пузырька человека. Дисс. СПб, 1870.
- С н е г и р е в В. Ф. Из пережитого. Речь, сказанная на I-м съезде общества Российских акушеров и гинекологов в С.-Петербурге 28/XII 1903 г.

- Соловьева Л. А. К вопросу о клинике и терапии рака яичников. Труды Омского медицинского института. Омск, 1957, № 21, стр. 94—99.
- Спирidonова Е. П. Пути оттока лимфы от яичка, яичника и почек у человека. Дисс. Иваново, 1951.
- Спиров В. И. Контрастная рентгенодиагностика опухолей придатков матки. Труды Омского медицинского института. Омск, 1957, № 21, стр. 90—93.
- Ставская Е. Я., Левина Д. В. Цитологический метод диагностики рака. Медгиз, М., 1952.
- Терехова А. А. Злокачественность рака шейки матки по данным клиники, гистологии, тканевого обмена. Дисс. М., 1944.
- Туманова А. Ф. Ближайшие и отдаленные результаты лечения злокачественных опухолей яичников хирургическими и комбинированными методами. Дисс. Горький, 1954.
- Туманова-Добротина А. Ф. Классификация опухолей яичников и их диагностика. Тезисы докладов на годичной конференции Горьковского медицинского института. Горький, 1955.
- Улезко-Строганова К. П. О раковом перерождении яичниковых кистом. Акушерство и женские болезни. 1913, № 12, стр. 11—17.
- Улезко-Строганова К. П. Нормальная и патологическая анатомия и гистология женских половых органов. Медгиз, М., 1939.
- Утегенова К. Д. Первичный рак яичников в клиническом и патогистологическом отношении. Здравоохранение Казахстана. 1951, № 6, стр. 12—15.
- Фесюк Н. В. Эффективность и отдаленные результаты лечения злокачественных опухолей яичников. Акушерство и гинекология, 1958, № 4, стр. 72—76.
- Фриновский В. С. Некоторые данные к диагностике рака яичников. Акушерство и гинекология, 1951, № 3, стр. 11—16.
- Фролов И. Н. К патологоанатомической и отчасти клинической характеристике опухолей яичника по материалам акушерско-гинекологической клиники Государственного института для усовершенствования врачей и Медицинского института. Тезисы докладов итоговой научной конференции Новосибирского Центрального института усовершенствования. Новосибирск, 1948.
- Хлопин Н. Г. Общебиологические и экспериментальные основы гистологии. Изд. АМН СССР, 1946.
- Холин В. В. Лучевая и комбинированная терапия злокачественных опухолей яичников. Дисс. Л., 1950.
- Хохлов А. В. Коллоидно-химические особенности содержимого кист. Акушерство и гинекология, 1936, № 8, стр. 901—905.
- Цветкова А. П. Пути оттока лимфы от матки и яичника. Дисс. Иваново, 1951.
- Цветкова А. П. Связи лимфатической системы яичников и матки. Сборник рефератов научных работ, посвященных XXV-летию кафедры анатомии Ивановского медицинского Института. Иваново, 1955.
- Ширшов Д. И. Сосочковые кистомы в клиническом и патолого-анатомическом отношении. Дисс. СПб., 1898.

- Эдельберг Г. В. Рак яичников. Ранняя диагностика рака. М., 1948.
- Akagi. Die heterogenen Epithelien der Kinder ovarien. Arch. f. Gynäk, 1928, Bd. 134, S. 390—424.
- Antoine. Radiothérapie du cancer de l'ovaire. J. de radiol. et d'électrol., 1951, v. 32, N. 9—10, p. 858.
- Allan, Hertig. Carcinoma of the ovary. Am. j. Obst., Gynec, 1949, v. 58, N. 4, p. 640.
- Bacher, Hertzog. Ovarian carcinoma. Am. J. Clin. Path., 1951, v. 21, N. 10, p. 965.
- Barzilai. Atlas of ovarian tumors. New-York, 1943.
- Biskind M., Biskind G. Development of tumours in the rat ovary after transplantation into the spleen. Proc. Soc. Exper. Biol. Med., 1944, v. 55, p. 176—179.
- Boyd, Hamilton. The cellular components of the Human ovary. Modern trends in Obstetrics and Gynecology. London, 1955.
- Carlin, Frodey. Ovarian carcinoma. J. Obst. a. Gynec. Brit. Emp., 1957, v. 9, N. 1, p. 71.
- Cashmann, Helsel. The treatment of advanced carcinoma of the ovary. Am. J. Obst., Gynec., 1949, v. 57, N. 3, p. 492.
- Cohn. Die bösartige Geschwülste der Eierstöcke. Ztschr. f. Geburtsh Gynäk., 1886, Bd. XII, S. 14.
- Corner, Chin-Yuan, Hertig. Ovarian carcinoma arising in Endometriosis. Am. J. Obst. Gynec., 1950, v. 59, N. 4, p. 760.
- Crainz. Die Behandlungserfolge bei der bösartigen Eierstockgeschwülsten. Strahlentherapie, 1938, Bd. 63, S. 434.
- Crossen. Ovarian tumors. Disease of Women, 1953, p. 688.
- Cunningham. Ovarian tumors. Practitioner, 1957, v. 178, N. 105, p. 298.
- Davis, Latour, Philipot. Ovarian malignancy. Surg., Gyn. Obst. v. 102, N. 5, p. 565, 1956.
- Diddle. End results in the surgical treatment of ovarian cancer. Am. J. Obst. Gyn., 1949, v. 58, N. 4, p. 790.
- Dockerty. Ovarian neoplasms. Surg., Gynec., Obst., 1945, v. 81, N. 3.
- Elkins. X-ray treatment of ovarian carcinoma. Proc. of the 3 Nat. cancer Conf., 1956.
- Freund. Über die Behandlung bösartigen Eierstockgeschwülste. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk, 1889, Bd. 17, S. 140.
- Garland, Sisson. Cancer of the ovary. J. Faculty Radiol., 1951, v. 4, N. 1, p. 66.
- Geist. Ovarian tumors. New-York, London, 1942.
- Genius. Ovarialscarcinom unter Fehldiagnose Adnexitzündung. Dusseldorf. Diss., 1937.
- Goodall. Malignancy of the ovaries. Am. J. Obst. Gynec., 1942, v. 43, N. 2, p. 210.
- Grünberger. Über den Wert der Palliativoperation des ovarial-karzinoms. Wien. Klin. Wchschr., 1950, Bd. 62, N. 18, S. 327.
- Harriman. Papillary Cystadenocarcinoma of the ovary. Am. J. Surg., 1941, v. 52, N. 5, S. 246.
- Healy. Discussion. Am. J. Obst. Gynec., 1936, v. 32, N. 5, p. 774.
- Helsel. A Review of 100 cases of ovarian cancer. Am. J. Obst. Gynec., 1946, v. 52, N. 9, p. 435.

- Henderson, Bean. Results of treatment of ovarian malignancy. *Am. J. Obst. Gynec.*, 1957, v. 73, N. 3, p. 657.
- Heyman. Experiences of radiological treatment of cancer in gynecology. *Proc. Roy. Soc. Med. Londres arch.*, 1929, v. 22, N. 6, p. 801.
- Holzner. Anatomische Befunde bei einem Fall von ovarialkarzinom nach intraperitonealer Application von kolloidalen radioaktiven Gold. *An. 198; Beitrage Z. path. Anat. u. Zallg. Path.*, 1954, Bd. 114, N. 2, S. 322.
- Huber. Neue Gesichtspunkte für die Beurteilungen der Röntgenbestrahlung beim Genitalkancer. *Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, 1950, Bd. 133, H. 1.
- Jaly. Consideration sur le traitement roentgentherapique tumeurs maligne de l'ovaire. *Bull. Soc. gynec. et d'obst. de Paris*, 1934, N. 2, p. 128.
- Kaufman, Newfong, a. oth. Ovarian carcinoma with Cardiac metastasis. *Obstetrics a. Gynec.*, 1958, N. 4, p. 68—72.
- Keppk, Harfl, Muller. Radioaktiv Gold (Au) in Gynäkologie. *Deutsche med. Wchschr.*, 1955, Bd. 7, N. 80, S. 19.
- Kerr, Elkins. Carcinoma of the ovary. *Am. J. Roentgenol.*, 1951, v. 66, N. 2, p. 184.
- Kligerman, Habif. The use of Radioactive gold in the treatment of effusion due to carcinoma of the pleura and peritoneum. *Am. J. Roentgenol.*, 1955, v. 74, N. 4, p. 651—656.
- Klugmann. Chirurgie der ovariums. *Am. J. Surg.*, 1934, v. 23, N. 3, p. 142—150.
- Koracs. Über die bösartigen ovarialgeschwülste. *Ber. ü. d. Gynäk u. Geburtsh.*, 1930, Bd. 18, H. 15.
- Kottmeier. Carcinoma of the female genitalia. Baltimore, 1953.
- Kratzenstein. Dauerfolge der ovariectomie bei malignen ovarialtumoren. *Ztschr. f. Geb. burtsh u. Gynäk.*, 1897, Bd. 36, N. 1.
- Latour a. Davis. A critical assessment of the value of X-ray therapy in primary ovarian carcinoma. *Am. J. Obst. a. Gynec.*, 1957, v. 74, N. 5.
- Levin. Das Krankengut an Ovarialcarcinomen in der Königsberg, Univ. Frauen Klinik, 1932—1937. Diss. Königsberg, 1939.
- Limnele. Zur Anatomie der Ovarientumore. *Arch. f. Gynäk.*, 1901, Bd. 63, S. 547.
- Lick a. oth. Mechanism of induction of ovarian tumors by X-rays. *Cancer res.*, 1949, N. 9, p. 532.
- Lynch. A clinical review of 110 cases of ovarian carcinoma. *Am. J. obst. a. Gynec.*, 1936, v. 32, p. 753.
- Marchetti. A consideration of ovarian tumors with special reference to their malignant potentialities. *Surg. Clin. N. Amer.*, 1950, v. 30, N. 6, p. 1767.
- Marks, Wittenborg. Results of treatment of carcinoma of the ovary with data on the age incidence of this diseases. *Surg., Gynec. a. Obst.*, 1948, v. 87, N. 5, p. 541.
- Mathieu et Plauchu. Le Prognostic histologique des tumeurs végétantes de l'ovaire. *Lyon chir.*, 1951, v. 46, N. 7, p. 854.

- Meigs. Cancer of the ovary. Surg. Gynec. a. Obst., 1940, v. 71, N. 1, p. 44.
- Meigs, Armstrong a. Hamilton. A further contribution to the syndrome of fibroma of the ovary with fluid in the abdomen and chest. Am. J. Obst. a. Gynec., 1943, v. 46, N. 1, p. 19—33.
- Meyer. Beitrag zum Frage der Funktion von Tumoren der ovarien insbesondere solchen, die zur Entweiblichung und zur vermännlichung führen. Zbl. f. Gynäk., 1930, N. 3, S. 104—112.
- Meyer. Über gewebliche Anomalien und ihre Beziehung zu einigem Geschwülsten der ovarien. Arch. f. Gynäk., 1931, Bd. 145, S. 2.
- Moulonguet, Devois et les aut. Le traitement des tumeurs de l'ovaire. Bull. Assoc. franc. p. l'étude du cancer, 1954, v. 41, N. 1, p. 36.
- Montgomery. Malignant tumours of the ovary. Am. J. Obst. a. Gynec., 1948, v. 55, N. 2, p. 201.
- Munnell a. oth. Treatment and prognosis in cr. ovary. Am. J. Obst. a. Gynec., 1957, v. 74, N. 6.
- Niciletti. Zur differential diagnose zwischen bösartigen Eierstockgeschwülste und tuberkuloser adnexitis. Berichte über die gesamte gynäkol., 1941, Bd. 41, S. 208.
- Novak. Discussion. Am. J. Obst. a. Gynec., 1942, v. 43, N. 2, p. 210.
- Novak. Gynecological and obstetrical pathology. Philadelphia — London, 1947.
- Offutt. Relationship of carcinoma of the body of the uterus and of the ovars. Surg., Gynec., a. Obst., 1932, v. 54, N. 3.
- Pemberton. Carcinoma of the ovary. Am. J. Obst. a. Gynec. 1940, v. 40, N. 5.
- Pfannenstiel. Über papillaren Geschwülste des Eierstocks. Arch. f. Gyn., 1895, Bd. 48, S. 507.
- Pfannenstiel. Die Genese der Flimmerepithelgeschwülste des Eierstocks. Arch. f. Gyn., 1891, Bd. 40, S. 363.
- Pick. Über Neubildungen am Genitale bei Zwittern nebst Beiträgen zur Lehre von den Adenomen des Hodens und Eierstocks. Arch. f. Gyn., 1905, Bd. 76, S. 191.
- Reagan. Histopathology of ovarian pseudomucinous cystadenoma. Am. J. of Pathology, 1949, v. 25, N. 4.
- Rummel. Die Therapie der ovarialkarzinom an der Univ. Frauenklinik Würzburg von 1939 bis 1952. Zbl. f. Gynäk., 1957, N. 48, S. 1865.
- Ryden. Cancer of the corpus uteri and the ovary in the same patient. Arch. di radiol., 1952, v. 37, N. 1, p. 49.
- Schiller. Classification of ovarian neoplasma. Surg., Gynec. a. Obst., 1940, v. 70, p. 773.
- Serment. International Congress on gynecology and obstetrics. Geneva, 1954.
- Schömig. Die bosartigen Ovarialtumoren an der Univ. Klinik. Würzburg in der Jahren 1923—1943, Strahlentherapie, 1949, Bd. 80, N. 1, S. 34—46.
- Sheldon a. Sommers. Ovarian rete cyte. Am. J. Path., 1953, v. 29, N. 5, p. 853.

- Siebk e. Bemerkungen zur Didaktischen Gruppierung der Blastome Ovars. Arch. f. Gynäk., 1951, v. 180, S. 150.
- Simon. Zur Bemertgung der Strahlenuirkung bei pappillaren ovarial tumors. Strahlentherapie, 1933, Bd. 46, N. 3, S. 444.
- Speert. Prophylaxis of ovarian cancer. Ann. Surg., 1949, v. 129, N. 4, p. 468.
- Spencer a. Reel. Classification of ovarian tumors based upon histogenesis. Am. J. Obst. a. Gynec., 1947, v. 54, N. 2.
- Taylor. Classification of ovarin neoplasma. Am. J. Obst. a. Gynec., 1940, v. 40, p. 566.
- Taylor. Surgical treatment of ovarian neoplasma. Poc. of the 3d. Nat. Cancer Conference, 1956.
- Viertel. Über das Schicksal von Frauen mit malignen Ovariantumoren. Zbl. f. Gynäk, 1935, N. 35, S. 1324—1332.
- Waldeyer. Die epithelialen Eierstockgeschwülste insbesondere die Kystome. Arch. f. Gyn., 1870, Bd. I, S. 252.
- Walthard. Zur aetiologie dess ovarilödem. Ztschr. f. Geburtsh u. Gynäk, 1903, Bd. 49, S. 843.
- Walter, Bachman, Harris. The treatment of carcinoma of the ovary. Am. J. Roentgenol., 1941, v. 45, p. 403.
- Wetterdal. Some aspects of the diagnosis and treatment of carcinoma ovary. Acta obst. et gynec. Scandinav., 1949, v. 28, N. 3—4, p. 510.
- Wintz. Die Röntgentherapie der ovarialkarzinoms. Strahlentherapie, 1932, Bd. 44, S. 201.
- Wirgill. Discussion. Am. J. Obst. a. Gynec., 1942, v. 43, N. 2, p. 210.
- Woodruff, Novak. Papillary serous tumours of the ovary. Am. J. Obst. a. Gynec., 1954, v. 67, N. 5.
-

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Глава I. Некоторые сведения по анатомии яичника . . .	7
Глава II. Общие сведения об опухолях яичников	13
Глава III. Этиология и патогенез рака яичников	26
Глава IV. Морфология рака яичников	32
Топография и макроскопическое строение раковых опу- холь яичников	32
Микроскопическое строение раковых опухолей яичников	35
Глава V. Клиника и диагностика рака яичников	57
Возраст больных, страдающих раком яичников	57
Расстройства менструаций и кровотечения типа метрор- рагий при раке яичников	58
Клиническая симптоматология рака яичников	60
Пути распространения рака яичников	71
Классификация рака яичников по степени распростра- нения процесса	74
Ошибки при установлении диагноза рака яичников и дифференциальная диагностика	76
Глава VI. Лечение рака яичников	89
Хирургическое лечение рака яичников	89
Лучевое лечение рака яичников	100
Гормональное лечение рака яичников	113
Химиотерапия рака яичников	117
Комплексное лечение рака яичников	118
Заключение	121
Литература	123

3 р. 35 к.